

# المجتمعات غير الصحية



مركز البحوث

## علك عدم المساواة



ترجمة

إدارة الترجمة بمركز البحوث

د . محمد منير الأصبحي

راجع الترجمة

أ . د . محمد علي التركي

تأليف : رتشارد غم . ولكنسون

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

# المجتمعات غير الصحية علل عدم المساواة

تأليف

رتشارد غ. ولكنسون

ترجمة

إدارة الترجمة بمركز البحوث

د. محمد منير الأصبحي

راجع الترجمة

أ.د. محمد على التركي

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

بطاقة الفهرسة

ح) معهد الإدارة العامة، ١٤٢٤هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

ولكنسون، رتشارد غ.

المجتمعات غير الصحية: علل عدم المساواة / رتشارد غ.

ولكنسون؛ محمد منير الأصبحي، الرياض، ١٤٢٣هـ

٣٢٠ ص ١٧ سم × ٢٤ سم

ردمك ٩٩٦٠-١٤-١٠٩-٨

١ - الصحة الاجتماعية أ. الأصبحي، محمد منير (مترجم) ب. العنوان

١٤٢٣/ ٦٤٥٩

ديوى ٣٦٢،١

رقم الإيداع: ١٤٢٣/ ٦٤٥٩

ردمك: ٩٩٦٠-١٤-١٠٩-٨

هذه ترجمة لكتاب:

*Richard G. Wilkinson*

*Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*

*London: Routledge, 1996*





## المحتويات

الموضوع	الصفحة
قائمة الرسوم والأشكال التوضيحية	٦
تمهيد	٩
الفصل الأول: مقدمة: الاقتصاد الاجتماعى للصحة	١٣
الجزء الأول: صحة المجتمعات	٢٥
الفصل الثانى: تحول الصحة إلى علم اجتماعى	٢٧
الفصل الثالث: ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة والتحول الوبائى	٤٧
الجزء الثانى: حالات عدم المساواة الصحية داخل المجتمعات	٧٣
الفصل الرابع: مشكلة حالات عدم المساواة الصحية	٧٥
الفصل الخامس: توزع الدخل والصحة	٩٩
الجزء الثالث: التماسك الاجتماعى والصراع الاجتماعى	١٤٧
الفصل السادس: بلدة صغيرة فى الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا أثناء الحرب، وأوروبا الشرقية، واليابان	١٤٩
الفصل السابع: دراسة أنثروبولوجية للتماسك الاجتماعى	١٧٩
الفصل الثامن: أعراض التفسخ	١٩٩
الجزء الرابع: كيف يقتل المجتمع	٢٢٣
الفصل التاسع: أسباب المرض النفسية - الاجتماعية	٢٢٥
الفصل العاشر: القردة الكلبة وموظفو الخدمة المدنية وطول الأطفال	٢٤٩
الجزء الخامس: إعادة التوزيع، والنمو الاقتصادى وجودة الحياة	٢٦٩
الفصل الحادى عشر: رأس المال الاجتماعى: إعادة تجميع ما تفتت	٢٧١
قائمة المصطلحات	٢٩٧
قائمة المراجع	٣٠٣

## قائمة الرسوم والأشكال التوضيحية

الصفحة	الموضوع	الشكل
٥٣	متوسط العمر المتوقع والدخل للفرد في دول وفترات مختارة .....	١ - ٣
	الزيادة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالنسبة لزيادة النسب المئوية لإجمالي الدخل القومي للفرد في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ١٩٧٠-١٩٩٠ .....	٢ - ٣
٥٦	خطر الموت النسبي من مرض القلب الإكليلي وفق التدرج الوظيفي، ونسب الفوارق التي يمكن تفسيرها بصورة مرضية من خلال عوامل خطر مختلفة .....	١ - ٤
٩٠	الدخل والوفيات بين الرجال البيض في الولايات المتحدة .....	١ - ٥
١٠٠	إجمالي الدخل المحلي للفرد ومتوسط العمر المتوقع في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في عام ١٩٩٠ .....	٢ - ٥
١٠١	علاقة المقطع العرضي بين توزيع الدخل والعمر المتوقع (للذكور والإناث) عند الولادة في الدول المتقدمة، حوالى عام ١٩٨١ .....	٣ - ٥
١٠٤	المعدل السنوي للتغير في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في اثنتي عشرة دولة من الاتحاد الأوروبي ومعدل التغير في نسبة السكان الذين يعيشون في فقر نسبي، ١٩٧٥ - ١٩٨٥ .....	٤ - ٥
١٠٥	العلاقة بين توزيع الدخل والوفيات في خمسين ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٠ .....	٥ - ٥
١٠٨	العمر المتوقع (للذكور والإناث) ومعاملات جيني لعدم المساواة في الدخل بعد الضرائب (معدلة معيارياً بحسب حجم الأسرة) .....	٦ - ٥
١١٤	الفوارق الطبقيّة الاجتماعيّة في وفيات الأطفال الرضع في السويد مقارنةً بإنجلترا وويلز .....	٧ - ٥
١١٨	الفوارق الطبقيّة الاجتماعيّة في وفيات الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٦٤ سنة في السويد مقارنةً بإنجلترا وويلز .....	٨ - ٥
١١٩	الفوارق المتنامية في الدخل: توزيع الدخل الممكن التصرف فيه معدلاً حسب حجم الأسر في المملكة المتحدة .....	٩ - ٥
١٢٨		

الشكل	الموضوع	الصفحة
٥ - ١٠:	مؤشرات تبين التغيرات في معدلات الوفيات بين الشبان والأطفال والرضع (الذكور والإناث معاً، إنجلترا وويلز (١٩٧٥-١٩٩٢) .....	١٣١
٥ - ١١:	الاتجاهات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين السود والبيض في الولايات المتحدة الأمريكية (الذكور والإناث معاً) .....	١٣٤
٥ - ١٢:	ثلاثة مقاييس للصحة حسب وصف الشخص صاحب العلاقة لها بالنسبة إلى الدخل بين الرجال والنساء (معاً) البالغين من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر والذين يقيمون بمفردهم أو في أسر مكونة من شخصين .....	١٤٠
٨ - ١:	العلاقة بين توزع الدخل وجرائم القتل في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٠ .....	٢٠٤
٨ - ٢:	التدهور في مستويات القراءة (درجات اختبار تشيلترن للقراءة لجميع تلاميذ بكنجامشر البالغة أعمارهم ٧ - ٨ سنوات) .....	٢٠٨
١٠ - ١:	يتأثر تدهور القدرة الذهنية في مستقبل الحياة تأثيراً قوياً ببيئة الطفولة .....	٢٦٣
١٠ - ٢:	المشكلات السلوكية في سن العاشرة: الطبقة الاجتماعية، بريطانيا ١٩٨٠ .....	٢٦٨

### الجداول:

٥ - ١:	تأثير توزيعات مختلفة للدخل على الدخل النسبي لنصف السكان الأكثر فقراً .....	١٤٤
٦ - ١:	زيادات متوسط العمر المتوقع عند الولادة في إنجلترا وويلز في كل عقد ما بين ١٩٠١-١٩٩١ (السنوات المضافة إلى الأعمار المتوقعة عند الولادة) .....	١٥٠



## تمهيد:

كان عملي في موضوع العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة للصحة خلال الأعوام العشرين الماضية مزية كبيرة. وقد بدأ انشغالي بذلك الموضوع عندما كتبت بعد إتمامي رسالة الماجستير مقالة صحفية على شكل رسالة مفتوحة في عام ١٩٧٦م لديفيد إنالز David Ennals وزير الصحة والتأمينات الاجتماعية آنذاك في حكومة حزب العمل التي كان يرأسها كالاهاان Callaghan<sup>(١)</sup> وبعد أن ذكرت أنه باعتباره أحد وزراء حزب العمل كان يتربع فوق أوسع الفوارق المدونة في الوفيات بين الطبقات الاجتماعية، طلبت منه أن ينظم "تحقيقاً عاجلاً". وفي خلال ثلاثة شهور بعد أن قرأ مقالتي أعلن عن إنشاء مجموعة العمل في وزارة الصحة والتأمينات الاجتماعية برئاسة السير دوغلاس بلاك Sir Douglas Black وبعد ثلاث سنوات قدمت المجموعة تقرير بلاك تحت عنوان: «صور عدم المساواة في الصحة» وبدأت بذلك حقبة جديدة من الأبحاث حول المسببات الاجتماعية للصحة والمرض في العالم المتقدم بأسره. وقد وصف السير دوغلاس بلاك الذي كان كبير المسؤولين الطبيين في وزارة ديفيد إنالز وزيره - مستخدماً ما أثر عنه من سبك لغوي - بأنه "رجل كان يحاول أن يحسن العمل، ونجح في ذلك بصورة عامة".

وتبدل الأبحاث المستمرة التي حفزها ذلك التقرير فهمنا لكل من المجتمع والصحة، وحيث إن البحث بدأ بموضوعات تتعلق بدقة الأرقام الأساسية؛ فقد بدا التقدم فيه وكأنه عملية تسلق صعبة وطويلة. لكننا الآن بدأنا نرى شيئاً من الصورة التي نسعى لرؤيتها. ومن المؤكد أن ما يمكننا أن نراه الآن سيغير السياسة الاجتماعية والاقتصادية، ومن المؤمل أن يغير اتجاه التطور الاجتماعي للمجتمعات الحديثة. فمن الواضح الآن أن مستوى الاختلافات في الدخل ضمن المجتمع هو أحد العوامل القوية المحددة لمعايير الصحة في الدول المختلفة، وأنه يؤثر في الصحة من خلال تأثيره على التماسك الاجتماعي. ولهذه الحقائق الأساسية معانٍ ضمنية تتجاوز إلى حد بعيد البيانات الصحية التي تولدت منها.

والقيام بالبحث يشبه بطرق عديدة السير في الظلام ومحاولة التعرف على الأشكال التي

(١) ر. غ. «عزيزي ديفيد إنالز....» مجلة المجتمع الجديد New Society، ١٦ كانون الأول (ديسمبر) ١٩٧٦: ٥٦٧-٥٦٨.



تتراءى أمامك بشكل باهت وضعيف. ففي البداية يفتقر ما تراه إلى الوضوح إلى حد يجعلك تخشى من تساوى احتمال أن يكون من نسج مخيلتك مع احتمال أن يكون موجوداً بالفعل. وهناك رغبة طبيعية في تعريف الأشكال في الظلمة الإحصائية بأسرع ما يمكن. ويقابل ذلك الخوف من أن يثبت خطوك حين تزداد الرؤية. وتكون النتيجة أحياناً محطمة للأعصاب. ومن حسن الحظ أن الصورة التي يرسمها هذا الكتاب أثبتت إلى حد كبير أثناء قيامى بكتابته على يد باحثين آخرين استخدموا بيانات مستقلة. وأحدث ما تم في هذا المجال أن كلاً من مجموعة كابلان Kaplan في بركلي Berkley ومجموعتي كواتشى Kawachi وكندى Kennedy في هارفارد Harvard بينت أن العمر المتوقع عند الولادة في مجتمع من المجتمعات يتعلق بصورة وثيقة بمستوى عدم المساواة في الدخل في ذلك المجتمع. وحتى أثناء قيامى بكتابة هذا التمهيد تسلمت مسودة بحث من مجموعة هارفارد تقدم فيه برهاناً إحصائياً قوياً (ارتباطات بمقدار ٠,٧ و ٠,٨) بأن توزيع الدخل يرتبط بالتماسك الاجتماعى الذى يرتبط بدوره بالوفيات.<sup>(٢)</sup> وهذا الإنجاز الكبير المبني على بيانات من داخل الولايات المتحدة يزيل أية شكوك أخيرة يمكن أن تكون متبقية لدى حول مناقشتى للمجتمعات المتماسكة اجتماعياً والصحة في الفصل السادس.

ولم تخلُ هذه الرحلة الطويلة - من الاختلافات الطبقيّة الاجتماعيّة في الصحة إلى تأثيرات توزيع الدخل على التماسك الاجتماعى ومعدلات الوفيات الوطنيّة - من أحداث مؤلّة. ولكن حتى حين لم أكن متورطاً في مشاجرات علنية سيئة؛ عانيت فترات طويلة من القلق المؤرق حول ما إذا كنت قد جعلت نفسى أضحوكة أو قدت الآخرين إلى طريق مسدود. لكننى كنت أشعر دائماً أننى جزء من مجموعة شديدة الدعم - ولو أنها مشتتة جغرافياً - نستطيع نحن الأعضاء فيها التعبير عن قلقنا واهتمامنا ودعمنا بعضنا بعضاً ونحن نتابع القيام بمسعاينا المشترك. وبالإضافة إلى إعجابى الشديد بالصبر وبعد النظر والشمولية التى يتحلى بها عمل مجموعة واسعة من الأصدقاء العاملين في مجال العوامل الاجتماعيّة

(٢) إ. كواتشى Kawatchi و ب. ب. كندى B. P. Kennedy و ك. لوتشنر K. Locner و د. بروثرو - ستث D. Pro-throw-Stith رأس المال الاجتماعى وعدم المساواة في الدخل والوفيات. مجلة الصحة العامة الأمريكية - American Journal of Public Health (قيد الطباعة ١٩٩٦).

والاقتصادية المحددة للصحة؛ أود أن أعبر عن حبي وامتناني لهؤلاء الأصدقاء الذين يعملون على طرفي المحيط الأطلسي: في السويد وهولندا وألمانيا وكندا والولايات المتحدة بالإضافة إلى بريطانيا. وأنا مدين بشدة إلى أشخاص قريين إلى الوطن وخاصة أولئك الذين لهم علاقة بما أصبح معروفاً باسم مجموعتي "لندن" و"غلاسغو" Glasgow، فضلاً عما يمكن اعتباره مجموعة حديثة الولادة في بريستول Bristol. وكنت أود ذكر جميع أسماء الأشخاص الذين لا أشك أن عملهم المجد يشكل ثورة قادمة في السياسة الصحية والاجتماعية. وأكبر دين أنا مدين به هو لـديفيد بلين David Blane ومِل بارتلي Mel Bartley وكريس باور Chris Power وإريك برنر Eric Brunner وبيتر تاونسند Peter Townsend ومايكل مارموت Michael Marmot وأوبرى شيام Aubery Sheiham ويواف بن - شلومو Yoav Ben-Shlomo وجورج ديفي سميث George Davey-Smith. وأمل أن أستمّر في التعلم منهم والتمتع بصداقتهم.

وأقرب الناس إلى هم بالطبع أفراد عائلتي. ولم تتحمل جنى شو Jenny Shaw إعجابي الشديد بهذا الموضوع نهائياً وليلاً طيلة أعوام كثيرة فحسب، بل أفادتني بخبرتها بصفتها عالمة اجتماع أكاديمية واسعة الخيال ومبدعة، وقامت بتوجيه ملاحظاتي وتطويرها. وهي - مثل ولدي شديدي المحبة جورج George وأن Ann - تعايشت مع أمزجتى وساعدتني على اجتياز فترات بدا فيها عملي وكأنه يتهاوى من حولي؛ وشعرت بالرغبة في الاختفاء من على وجه الأرض.

وبصورة رسمية أكثر أود أن أقر بالدعم المالي الذي تلقينته من مجلس البحوث الاقتصادية والاجتماعية Economic and Social Research Council ومؤسسة بول هاملين The Paul Hamlyn Foundation ومنحة اللورد أشداون الخيرية The Lord Ash-down Charitable settlement. وأخيراً أشعر دائماً بالامتنان لهيئة العاملين في المكتبة ومركز الحاسب الآلي هنا في جامعة سسكس Sussex الذين لم يتوانوا في تقديم المساعدة العملية لي مرات كثيرة لسنوات عديدة.

برايتون Brighton، نيسان (أبريل) ١٩٩٦م



## الفصل الأول

### مقدمة:

#### الاقتصاد الاجتماعى للصحة:

يجمع هذا الكتاب مجموعة متنامية من الأدلة التى تبين أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى بلاد مختلفة يتحسن بصورة صارخة حين يقل التفاوت فى الدخل وتزداد المجتمعات تماسكاً اجتماعياً. وتلفت الروابط الاجتماعية بين الصحة وعدم المساواة الانتباه إلى كون العوامل الاجتماعية وليست المادية هى الآن العامل الأساسى المحدد لجودة الحياة فى المجتمعات المتقدمة.

يبدأ الكتاب بالتساؤل عن سبب تمتع بعض المجتمعات بصحة أفضل من غيرها. فبعد أن اعتاد الباحثون على التفكير فى محددات صحة الأفراد لم يولوا سوى القليل من الانتباه إلى السؤال الأعم الذى يحتاج صانعو السياسة إلى الإجابة عنه. علاوة على ذلك، فإن العوامل الهامة التى تجعل بعض المجتمعات أكثر تمتعاً بالصحة من غيرها قد تكون مختلفة تماماً عن العوامل التى تختلف بين الأفراد الأصحاء والمعتلين ضمن المجتمع نفسه. والمسألة - كما هى الحال فى كثير من الأحيان - مسألة التمييز بين الغابة والشجرة، لكن هذا التمييز يتطلب تبنى موقع مراقبة مختلف.

وقد أتى الدافع الرئيسى لإلقاء نظرة أشمل على العناصر المحددة للصحة من الأبحاث حول صور عدم المساواة فى الصحة فى المجتمعات المتقدمة. فقد ركزت نتائج الأبحاث الانتباه بشكل متزايد على المعالم الأكثر عمومية للبنية الاجتماعية والاقتصادية. ومع تطور هذا الحقل أخذنا فى الواقع نتعرف على المساحة المشتركة بين الفرد والمجتمع وتأثيرات العوامل البنيوية على الصحة: على كيفية تأثر الناس بالمركز الاجتماعى وبالثروة والفقير وبعدم الاستقرار الوظيفى والبطالة والتعلم وقابلية التحرك الاجتماعى، وعلى سبب صعود الأشخاص الأطول درجات الهرم الاجتماعى، وعلى أهمية الشبكات الاجتماعية، وعلى التمزق العائلى، وعلى الضغط النفسى فى العمل والتنظيم الاجتماعى للعمل. وبقيامنا بذلك كان ما تعلمناه عن المجتمع -

أو على الأقل عن كيفية اعتداء المجتمع على حقوق الفرد - يعادل تقريباً ما تعلمناه عن الصحة.

والكتاب هو دعوة للقيام بجولة سريعة تغطى الصورة التى أخذت فى الظهور والتى تبين المساحة المشتركة بين الصحة والمجتمع. وخلال العقد أو العقدين الأخيرين كانت قطع الصورة - الأحجية تسقط فى أمكنتها بسرعة متزايدة، كما يحدث تقريباً حين تقترب من نهاية الأحجية ويقل عدد القطع المتبقية والأماكن الفارغة التى ستملؤها تلك القطع. ولم يمض زمن طويل منذ كان الناس لا ينظرون إلى أشياء مثل الدخل والبطالة على أنها يمكن تصنيفها تحت مسمى أسباب الصحة أو المرض. فقد بدت خطوات التقدم الطبية فى الماضى متعلقة بتحديد عوامل الخطر المفردة بالنسبة لأمراض مفردة، وبدا أن المفاهيم الأكثر عمومية كانت تتقوض لدى التعرض للفحص العلمى الأكثر دقة. وبالنسبة لأشخاص تعلموا فى تدريبهم الطبى أن يفكروا فى تأثيرات التعرض لمواد كيميائية أو جراثيم معينة، كان الحديث عن تأثير الهياكل الاجتماعية والاقتصادية على الصحة يبدو أمراً بعيداً بعد التنجيم الفلكى. وحتى لفائف التبغ كانت تصنيفاً أكثر عمومية مما ينبغى، فالسبب "الحقيقى" لسرطان الرئة كان جزيئاً معيناً من القطران أو النيكوتين. ولكن مع انتقال أشخاص نوى خلفيات فى العلوم الاجتماعية إلى دراسة علم الوبائيات (الذى يدرس الصحة بين المجموعات السكانية بدلاً من دراستها سريرياً لدى الأفراد) وازدياد اطلاع علماء الوبائيات نوى التدريب الطبى على العلوم الاجتماعية - حدث تقدم متزايد فى الصورة العامة.

لا الرعاية الطبية ولا التركيب الوراثى يشرحان السبب فى تمتع دولة بصحة أكبر من دولة أخرى، أو السبب فى أن أغلب الدول تكسب سنتين أو ثلاث سنوات إضافية فى متوسط العمر المتوقع فيها مع مرور كل عقد جديد. كما أنه لا يبدو أن الفوارق الصحية الكبيرة بين المجتمعات يمكن تفسيرها بجمع عوامل الخطر السلوكى المفردة مثل التدخين والتمارين والحمية؛ فقد أوضحت الأبحاث لنا أن ما يهم هو طبيعة الحياة الاجتماعية والاقتصادية. ولكن ما هى المعالم ذات القدر الأكبر من الأهمية؟ إن بعضها تسهل رؤيته، فحين نقارن الدول الغنية الفقيرة لا يشك أحد فى أهمية مستوى المعيشة. ولكن ما السبب فى أن متوسط العمر المتوقع عند

الولادة فى دول مثل اليونان واليابان وأيسلندا وإيطاليا أعلى منه فى دول أغنى مثل الولايات المتحدة وألمانيا؟

إن هناك تناقضاً ظاهرياً هاماً فى لب العلاقة بين الصحة ومستويات المعيشة. فبين الدول الأغنى يبدو كأن النمو الاقتصادى والتحسينات الإضافية فى مستويات المعيشة ليس لهما تأثير كبير على الصحة. لقد تجاوزت تلك الدول مرحلة حاسمة فى التطور الاقتصادى حين وصلت مستويات المعيشة إلى عتبة مناسبة تضمن للجميع مستويات مادية أساسية. ويعين تلك النقطة التحول الوبائى حين تتوقف الأمراض السارية عن أن تكون الأسباب الرئيسية للوفاة، وتحل محلها الأمراض السرطانية والتنكسية. وخلال الفترة نفسها أصبحت الأمراض التى يطلق عليها اسم "أمراض الرفاهية" هى الأمراض التى يصاب بها الفقراء فى المجتمعات الغنية. وأهمية الوصول إلى عتبة مستويات المعيشة التى يعينها التحول الوبائى تتجاوز كثيراً مغزاها بالنسبة للصحة؛ فهى تدل على تغير جوهري فى علاقتنا بالنمو الاقتصادى وطبيعة المزايا التى يمكن له أن يقدمها لنا.

والوجه الآخر من التناقض الظاهري هو أن الاختلافات فى مستويات المعيشة تبقى على صلة وثيقة بالصحة داخل المجتمعات. أى أنه من الممكن أن يكون للأشخاص الأكثر فقراً فى الدول المتقدمة معدلات وفاة سنوية تبلغ ما بين ضعفين إلى أربعة أضعاف معدلات الوفاة بين الأشخاص الأغنى فى المجتمع نفسه. ودراسة حالات التفاوت الأليمة فى الوفاة هذه هى التى نبهت الناس إلى مدى استمرار أهمية المؤثرات الاجتماعية والاقتصادية على الصحة. ويبدو أنه بغض النظر عن كون الاختلافات فى الصحة ضمن المجتمعات تبقى على ارتباط وثيق بالمكانة الاقتصادية؛ فإنه يمكن لسكان إحدى الدول حين تتخطى العتبة المرتبطة بالتحول الوبائى أن يكونوا أغنى من سكان دولة أخرى بمقدار أكثر من الضعف دون أن يتمتعوا بصحة أفضل.

ما الذى يحدث؟ وإذا كانت صور عدم المساواة فى الصحة تعود إلى الفقر، فما السبب إذن فى أنها تفاقمت فى دول مثل بريطانيا خلال الأعوام الخمسين الماضية رغم الارتفاعات الضخمة فى مستوى المعيشة؟



وإذا كانت الصحة لها علاقة بالفوارق فى مستويات المعيشة ضمن مجتمع متقدم، ولكن ليس لها علاقة بالفوارق بينه وبين مجتمعات متقدمة أخرى؛ فمن المؤكد أن علينا استنتاج أن تلك الفوارق ضمن المجتمع تعنى شيئاً مختلفاً تماماً عن تلك الفوارق بين المجتمعات. والأدلة توحى بالتأكيد أن العنصر ذا الأهمية ضمن المجتمعات ليس التأثيرات الصحية المباشرة الناجمة عن مستويات المعيشة المادية الصرفة بقدر ما هو تأثيرات الأوضاع النسبية الاجتماعية. فالصحة تتأثر بقوة بالمركز الاجتماعى وبمستوى الفوارق الاجتماعية والاقتصادية بين السكان. أما فيما يتعلق بالدخل فتكون العلاقة بمستويات الدخل النسبية وليس بمستوياته المطلقة.

ويأتى البرهان الحاسم على هذا من اكتشاف علاقة دولية قوية بين توزيع الدخل ومستويات الوفيات الوطنية؛ فالمجتمعات التى تتمتع بأفضل صحة فى الدول المتقدمة ليست أكثر المجتمعات ثراء بل هى المجتمعات الأكثر مساواة. وقد تم تأكيد هذه العلاقة بصورة راسخة بعد أن أثبتتها عدد من الأشخاص الذين استخدموا بيانات مختلفة ومتغيرات ضابطة مختلفة. لكن ما الذى يجعل المجتمعات الأكثر مساواة تتمتع بصحة أفضل إلى حد واضح؟ ليس الأمر أن الفقراء يستخدمون أى دخل إضافى بطرق تجلب الصحة أكثر من طرق الأغنياء - ك شراء طعام أفضل بدلاً من شراء سيارة ثانية. فالعلاقة بتوزيع الدخل لا تصمد حتى حين التثبت منها بالنسبة لدخول الفقراء المطلقة فى المجتمع فحسب، بل إذا كان الفقراء يستخدمون الدخل الإضافى لشراء الضروريات أكثر من استخدامه للكفايات التى يشتريها الأغنياء، فمن الطبيعى توقع أن يقلل النمو الاقتصادى من صور عدم المساواة فى الصحة.

هذه العلاقة هامة لأسباب عدة: أولاً يبدو أنها أحد أهم المؤثرات التى تم اكتشافها على صحة المجموعات السكانية بأكملها فى العالم المتقدم. وثانياً تبدو هذه العلاقة وثيقة الصلة بصور عدم المساواة فى الصحة ضمن كل دولة. ولكنها بالإضافة إلى ذلك أدت إلى فهم أهمية النسيج الاجتماعى فى المجتمعات المتقدمة.

وبالنظر إلى عدد من الأمثلة المختلفة عن المجتمعات التى تعمها المساواة يبدو أن إحدى الخصائص التى تشترك فيها جميعاً هى التماسك الاجتماعى. فهى تنعم بحياة اجتماعية

قوية. وبدلاً من أن تتوقف العلاقات الاجتماعية خارج البيت يبقى الحيز العام حيزاً اجتماعياً. فالأخلاق الاجتماعية تقيد النزعة الفردية وقيم السوق. والاحتمال أكبر فى أن يشارك الناس فى النشاطات الاجتماعية والتطوعية خارج منازلهم. وتمتلك هذه المجتمعات مقداراً أكبر مما يسمى "برأس المال الاجتماعى" الذى هو بالنسبة لأعمال المجتمع والاقتصاد بأكملهما كالزيت بالنسبة للمحرك. وهناك مؤشرات أقل فى هذه المجتمعات على العدوانية المناهضة للمجتمع ويبدو المجتمع أكثر عناية بأفراده. وباختصار، فإن النسيج الاجتماعى يتمتع بحال أفضل. وتنبئنا الأبحاث بشئ هام للغاية عن الطريقة التى يتأثر بها النسيج الاجتماعى بمقدار عدم المساواة فى المجتمع.

وتتناسب عدة من معالم العلاقة بين توزيع الدخل ومعدلات الوفيات الوطنية مع هذه الصورة. ورغم أن جميع التصنيفات العامة لأسباب الموت - الأمراض القلبية الوعائية والسرارية والتنفسية وأمراض السرطان... إلخ - تبدو ذات علاقة بتوزيع الدخل، فإن الأسباب ذات العلاقة الأقوى هى الأسباب الاجتماعية مثل حالات الوفاة المتعلقة بالكحول والقتل والحوادث. وهذه الأسباب توحى إلى حد كبير بآثار التفسخ الاجتماعى. والأدلة على نزعات فى الجريمة وعلى مشكلات اجتماعية متنامية متعلقة بالحرمان النسبى الذى يؤثر على الأطفال والشبان بصورة خاصة تعزز هذه الصورة.

عند النظر إلى طبيعة السبل التى يحتمل أن تربط أكثر من غيرها بين الأمراض البدنية وعدم المساواة؛ فإن أسباباً وجيهة تدعو إلى الاعتقاد أن السبل النفسية - الاجتماعية هى أكثرها أهمية. وببساطة، فإن كوننا نتناول تأثيرات الفوارق النسبية، وليس المعايير المادية المطلقة، يشير بقوة فى ذلك الاتجاه. وتأتى أدلة علم الوبائيات الأكثر إحصاء بالفوائد الصحية للتماسك الاجتماعى من دراسات التأثيرات المفيدة للشبكات الاجتماعية على الصحة. فيبدو أن الأشخاص نوى الصلات الاجتماعية الأكثر والمشاركة الأكبر فى النشاطات المحلية يتمتعون بصحة أفضل حتى بعد استخدام مجموعات ضبط لدراسة عدد من العوامل الأخرى التى يحتمل أن تفند تلك النتيجة. لكن من المحتمل ألا يكون هذا سوى جزء من الصورة. ومن حسن الحظ أن هناك مجموعة كبيرة من الأدلة التى تبين أنه من الممكن لأشكال مختلفة من

الضغط النفسى - الاجتماعى أن تؤثر بصورة كبيرة على معدلات الوفيات والمرض. وتأتى الأدلة من مجموعة من المصادر شديدة التنوع بما فيها محاولات الضبط العشوائى والتجارب الطبيعية وسلسلة من الملاحظات الوبائية الأخرى. وإضافة إلى ذلك توجد أدلة متزايدة على السبل الفيزيولوجية التى يمكن من خلالها أن يؤثر الضغط النفسى المزمع على عمليات الغدد الصماء والجهاز المناعى. بل هناك أدلة تبين أن البنى الهرمية الاجتماعية المسببة للضغط النفسى تعرض مجموعات من القروء الكلية لاعتلال الصحة كما هو الحال فى المجتمعات البشرية. وبالإضافة إلى ذلك تبدو بعض السبل الفيزيولوجية متشابهة.

وما يخرج من هذه الصورة التى هى فى الواقع مركبة من عمل عدد كبير من الباحثين أمر شديد الأهمية. فما يعنيه ذلك الأمر هو أن جودة الحياة الاجتماعية فى مجتمع ما هى من أقوى محددات الصحة، وأن هذا بدوره له علاقة وثيقة بدرجة المساواة فى الدخل. لكن هذه ليست سوى البداية. فال مؤشرات على أن هذه الروابط نفسية تجعل تلك العلاقات على نفس القدر من الأهمية بالنسبة للجودة الذاتية الحقيقية للحياة بين المجموعات السكانية الحديثة كما هى بالنسبة لصحة تلك المجتمعات. ولو كانت المسألة مجرد الإفراط فى أكل رقائق البطاطس أو عدم القيام بتمارين رياضية كافية، فهذا بحد ذاته لن يعنى بالضرورة أن مستوى حياة الناس أقل جودة بكثير. فمن الممكن أن تكون سعيداً وأنت تأكل الرقائق. لكن مصادر الضغط الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية الضعيفة وانخفاض تقدير الذات ومعدلات الاكتئاب العالية والقلق وعدم الطمأنينة وفقدان الشعور بالسيطرة - كلها لها تأثير جوهري على تجربتنا للحياة إلى حد يجعل من المعقول التساؤل عما إذا كانت التأثيرات على جودة الحياة أكثر أهمية من التأثيرات على طول العمر. (وعلىنا أن نلاحظ هنا أن العمر المتوقع الأطول أو الأقصر فى هذا السياق ليس بصورة أساسية مسألة أن يعيش الطاعنون فى السن بضعة أعوام إضافية. فالمسألة الأكثر تأثيراً هى عدد الوفيات بين الأشخاص الأصغر سناً). وكون الرابطة بين المساواة والصحة رابطة نفسية - اجتماعية إلى حد كبير يعنى أن مستوى الاختلافات فى الدخل وحالة النسيج الاجتماعى للمجتمع هما محددتان شديدتا الأهمية للنوعية الذاتية الحقيقية للحياة بين المجموعات السكانية الحديثة.

إن الصحة تروى لنا حكاية عن المؤثرات الرئيسية على جودة الحياة فى المجتمعات الحديثة، وهى حكاية ليس بمقدورنا أن نتجاهلها. فهى تتناول - بصورة خاصة - القلق المتزايد حول التباين بين النجاح المادى والإخفاق الاجتماعى فى المجتمعات الحديثة. ومن اللافت للنظر المدى الذى جُعِلَتْ فيه جودة الحياة مساوية لمستوى المعيشة المادى. ولا شك أن السبب فى هذا يرجع جزئياً إلى صعوبة قياس الجودة الاجتماعية للحياة. لكن لدينا الآن معرفة أفضل بمدى أهمية طبيعة الحياة الاجتماعية وبعض المعرفة بالأبعاد ذات الأهمية. وفوق ذلك نعرف أيضاً أن خفض الفوارق فى الدخل يمكن أن يحسن الوضع.

ولا يعنى هذا أننا بحاجة للتخلّى عن النمو الاقتصادى لصالح إعادة توزيع الدخل. فمن المؤكد أن الأدلة التجريبية تدل على أنه من المرجح أن تكون الفوارق الأقل فى الدخل المرتبطة بمستوى أعلى من رأس المال الاجتماعى مفيدة للإنتاجية. وبدلاً من الاضطرار للاختيار بين المساواة والنمو فإنه يبدو كأنهما أصبحا مكملين أحدهما للآخر.

ولكن الأمر لا يقتصر على أن الفوارق الأقل فى الدخل لا تنطوى بالضرورة على التضحية بالنمو. فالعلاقة المحيرة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة والإنتاج القومى الإجمالى للفرد يمكن تفسيرها، مع تغييرها بمرور الزمن، بأنها تعنى أن التغيير النوعى أهم من النمو الكمى، وأن فوائده قد تتوقف بصورة أساسية على التطور الثقافى والاجتماعى الذى يمكن عزوه إلى حد ما إلى التقدم المادى. ومن وجهة النظر التاريخية من الواضح أن النمو عامل تحرير وإثراء، وأنه يرفع من مستوى الكرامة الإنسانية. وقد تكون هناك أسباب للاعتقاد أن تأثيراته المسببة للتخضر العاطفى والتحرر الاجتماعى لم يكتمل ظهورها بعد. وإذا كان الأمر كذلك فلا يزال من الممكن للنمو الاقتصادى أن يحقق التحسينات غير المباشرة فى الجودة الاجتماعية للحياة، على الرغم مما قيل عن مستويات المعيشة التى تمثل العتبة وعن التحول الوبائى.

بعد هذه المقدمة يقدم الفصل الثانى المدخل المجتمعى للصحة. وهو يبين الاختلافات بين المدخل إلى البحث وإلى السياسة الذى يأتى من التفكير بمحددات صحة الأفراد، والمدخل المناسب لنظرة تركز على مستويات الصحة الإجمالية فى المجموعات السكانية والمجتمعات.

والاختلاف ليس مسألة ما إذا كانت الدراسات تتعامل مع أعداد كبيرة من الأشخاص. فمن المؤكد أن معظم مجموعات البيانات الصحية الكبيرة تستخدم لفهم كيفية اختلاف الصحة بين الأفراد، وهى لا توفر بالضرورة الدليل الأكثر فعالية لأسباب الفوارق الصحية بين المجموعات السكانية أو للسياسات التى ستحسن المستويات العامة.

ويبحث الفصل الثالث فى أسباب استمرار متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى الارتفاع فى معظم المجتمعات المتقدمة بمعدل سنتين أو ثلاث مع مرور كل عقد جديد. ورغم أنه يبدو أن هذه العملية لا بد أن تكون ذات ارتباط وثيق بالنمو الاقتصادى: فإن العلاقة الإحصائية ضعيفة جداً. وتشير خصائص هذه المزاوجة غير المتلائمة إلى أخطاء معينة فى قياس التغيرات الطويلة المدى فى مستويات المعيشة، وتستبعد عدداً من تفسيرات التحسنات الصحية التى كان يمكن فى وقت من الأوقات أن تبدو معقولة. ويركز هذا الفصل على تفسير المغزى الاقتصادى للتحويل الوبائى؛ فهو يسوق حجة أن الانتقال من أسباب الوفاة السارية إلى الأسباب التنكسية يشكل علامة وصول أغلبية عظمى من السكان إلى الحد الأدنى من المستوى المادى المتلائم مع الصحة. وبعد ذلك يبدو كإن العوامل المادية المطلقة تتوقف عن أن تكون العوائق الرئيسية للصحة الأفضل. ويتلاءم هذا مع العلاقة الضعيفة بين النمو الاقتصادى وارتفاع متوسط العمر المتوقع، لكنه يطرح مسألة تفسير استمرار الزيادات فى متوسط العمر المتوقع.

ويركز الفصل الرابع على الفوارق الهامة فى الصحة التى تبقى مرتبطة بالفوارق فى مستويات المعيشة ضمن كل دولة. ويفسر الفصل البيانات المستخدمة لتقويم تلك الفوارق، ثم يمضى لبيان السبب فى أنه لا يمكن إرجاعها إلى العوامل الوراثية، والسبب فى أن صعود الأشخاص الأكثر صحة السلم الاجتماعى وهبوط الأشخاص الأقل صحة لا يلعب سوى دور صغير، والسبب فى أن أياً من الفوارق الصحية لا ينجم عن فوارق فى الرعاية الطبية، والسبب فى أن السلوك المتعلق بالصحة لا يفسر الفوارق إلا جزئياً، وأخيراً السبب فى أنه لا بد من البحث عن التفسيرات الرئيسية لصور التفاوت فى الصحة فى تأثيرات الظروف الاجتماعية والاقتصادية التى يعيش الناس فيها.

ويبدأ الفصل الخامس من التناقض الظاهرى فى أن الصحة تتعلق بالفوارق فى مستويات المعيشة ضمن الدول المتقدمة، لكنها لا تتعلق بالفوارق فى تلك المستويات بين تلك الدول. وتحل هذا التناقض الأدلة التى توحى أن الأهمية ضمن المجتمعات هى لمستويات الدخل النسبية لا لمستويات الدخل المطلقة. ويوجز الفصل الأدلة المأخوذة من مصادر مختلفة والتى تبين أن الدول ذات الفوارق الأقل فى الدخل تميل إلى أن يكون متوسط معدلات الوفيات فيها أكثر انخفاضاً. ويناقش الفصل احتمال أن تكون العلاقة زائفة، ثم يستبعد ذلك الاحتمال. وبعد ذلك نستعين بنتائج إضافية للأبحاث لنناقش كيف يمكن ربط تلك العلاقة بصورة عدم المساواة فى الصحة ضمن هذه الدول.

ولمساعدتنا فى تفسير العلاقة بين توزيع الدخل والصحة يبحث الفصل السادس بعد ذلك عن الخصائص المشتركة فى الأمثلة الخمسة للمجتمعات التى اتصفت بالمساواة على نحو واضح ونعمت بمعدلات وفيات منخفضة. ويبدأ الفصل ببريطانيا أثناء الحربين العالميتين الأولى والثانية حيث ارتفع العمر المتوقع للمدنيين بسرعة غير عادية. ثم ينتقل إلى بحث بلدة روزيتو Roseto فى بنسلفانيا Pennsylvania التى كانت بالإضافة إلى تمتعها بصحة أفضل من المدن المجاورة متلاحمة بصورة غير عادية. ويتناول الفصل أيضاً تحليلاً للاختلافات الإقليمية فى إيطاليا، والمستويات الصحية العالية التى كانت الدول "الشيوعية" تتميز بها، والانحدار النسبى أو المطلق فى مستويات الصحة فى أوروبا الشرقية منذ عام ١٩٧٠م، وأخيراً يلقى الفصل نظرة قصيرة على اليابان التى أنجزت بصورة متزامنة توزيعاً متقارباً للدخل على نحو غير عادى وأعلى معدل فى العالم للعمر المتوقع. وفى روزيتو وأوروبا الشرقية يمكن رؤية فقدان الامتياز الصحى المرتبط بالمساواة، فى حين يمكن فى اليابان وفى بريطانيا أثناء الحرب رؤية ذلك الامتياز وهو يُكتسب. والرسالة التى تصل بوضوح فى كل حالة هى أن البلدان المتمتعة بالصحة وبالمساواة لديها - أو كان لديها - شعور بالتماسك الاجتماعى والروح الجماعية؛ فالقيم الاجتماعية لا قيم السوق ظلت طاغية فى مجال الحياة العام.

ويسبر الفصل السابع مفهوم التماسك الاجتماعى مستخدماً مواد مستعارة من علم الإنسان (الأنثروبولوجيا) وعلم النفس الاجتماعى. وهو يبحث بصورة أساسية فى الطريقة التى اعتادت



أشكال المجتمع السابقة أن تنظم حياتها الاقتصادية بها لتضمن التناغم الاجتماعي، وتقلل من النزاع إلى أدنى حد. ويناقش الفصل أيضاً إلى حد ما كيف أن لعلاقات السوق تأثيراً نفسياً عميقاً على خبرتنا لأنفسنا وفهمنا للعلاقات الإنسانية.

وينظر الفصل الثامن إلى أسباب الموت الخاصة الدالة أكثر من أية أسباب أخرى على المجتمعات التي تفتقر إلى المساواة بصورة خاصة. وبالإضافة إلى تحديد مجموعة من الأسباب الواضح أنها "اجتماعية" والتي تشير إلى الضغط الاجتماعي؛ فإن الفصل أيضاً يشير إلى النتائج الإحصائية التي تدل على أن ارتفاع معدلات الجريمة وجرائم القتل والعنف يرتبط باتساع الفوارق في الدخل. وعلاوة على ذلك يلقي الفصل نظرة على عدة مؤشرات على التوسع الاجتماعي المتزايد الذي رافق الاتساع السريع في الفوارق في الدخل في بريطانيا خلال أواخر الثمانينيات من القرن العشرين. ويدور هذا الفصل عملياً حول تأثيرات التفسخ الاجتماعي الناجم عن اتساع الفوارق في الدخل ويُعتبر الوجه المعاكس للفصل السادس.

ويبحث الفصلان التاسع والعاشر السبل التي يرجح من خلالها أن يؤثر الافتقار إلى المساواة وفقدان التماسك الاجتماعي على الصحة. وأهم الروابط هي الروابط عبر تأثير الظروف النفسية - الاجتماعية على الصحة. فالفصل التاسع يعرض أمثلة عديدة ويستخدم طرقاتاً شديدة الاختلاف ليوضح التأثير القوي الذي تمارسه الظروف النفسية - الاجتماعية على الصحة البدنية وعلى معدلات الوفيات. ويعالج الفصل العاشر عمليات مماثلة ولكن على مستوى فيزيولوجي أعلى، مركزاً بصورة خاصة على التأثيرات البيولوجية للضغط النفسي المزمن. ويبين الفصل بعض التشابهات بين تأثيرات السلم الهرمي الاجتماعي على القردة الكلبة وعلى الموظفين الحكوميين العاملين في لندن. وينتهي الفصل بوصف لبعض النتائج الهامة لأبحاث حديثة تبين آثار العوامل النفسية - الاجتماعية على نمو الأطفال، وهي آثار ذات معانٍ ضمنية هامة بالنسبة لسلامتهم العاطفية اللاحقة وعلى فرصهم المهنية.

وأخيراً، يجمع الفصل الحادي عشر هذه الأشياء جميعاً ليرسم صورة عن الصحة وجودة الحياة في المجتمعات الحديثة تمثلها بأنها تعتمد بصورة أساسية على العدالة في التوزيع وعلى مستويات ما يمكن أن يطلق عليه اسم "رأس المال الاجتماعي". إن مدى عدم المساواة

المادية هو محددة رئيسية من محددات السلامة الاجتماعية فى المجتمعات الحديثة وتأثيره على الصحة هو أحد بنود التكلفة الاجتماعية المرافقة له. والعلاقة بين الصحة والمساواة فى جوهرها تظهر أهمية احتياجات الإنسان الاجتماعية وتشير إلى الإطار الذى يمكن تلبيتها ضمنه. كما يلفت الفصل الانتباه إلى الدراسات التى توحى أن المكاسب فى الأداء البشرى فى المجتمعات الأكثر مساواة ليست ضارة بالنمو، بل تؤدى إلى ازدياد أسرع فى الإنتاجية وإلى معدلات نمو أعلى. ويلفت الفصل الحادى عشر الانتباه أيضاً إلى أن الحكومات لا تزيد المساواة عندما تكون شديدة الثراء، وكأن المساواة من الكماليات التى لايمكنها تأمينها فى الأحوال العادية، بل عندما تواجه أزمات تتعلق بالشرعية أو حين تحتاج بصورة شديدة إلى تعاون السكان ولا يمكنها الاستغناء عنه.

وبدلاً من القول ضمناً إن النمو الاقتصادى لم يعد يأتى بفوائد حقيقية للعالم المتقدم، يوحى الكتاب أن الفوائد غير مباشرة بدلاً من أن تكون مباشرة. والسؤال هو ما إذا كان مزيج الأشياء التى يتطلبها التوصل إلى مستويات معيشة أفضل يزيد من الجودة الاجتماعية للحياة أم ينقصها. إن علينا أن نفكر بالعلاقة غير المباشرة بين النمو الاقتصادى وجودة الحياة بطريقة مماثلة إلى حد كبير لتلك التى يمكن أن نستخدمها فى التفكير فى العلاقة غير المباشرة بين الحياة المادية والحضارة.



**الجزء الأول**

**صحة المجتمعات**



## الفصل الثانى

### تحول الصحة إلى علم اجتماعى

إن الفوارق اللافتة للنظر البالغة ضعفين أو ثلاثة بل حتى أربعة أضعاف فى معدلات الوفيات بين الطبقات الاجتماعية أو مجموعات الدخول المختلفة والتي ظهرت فى معظم المجتمعات المتقدمة - قامت بتذكير الناس بالقوة المستمرة التى تتمتع بها العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة للصحة. وبالطبع لم يكن هناك أى شك فى أن مستوى المعيشة ومدى الفقر هما عاملان هاما من محددات الصحة فى كل من العالم الثالث والمراحل السابقة من التطور فى الدول المتقدمة. ولكن كان هناك افتراض واسع الانتشار بأن الثراء المتنامى الذى تمتعت به الدول الأغنى فى النصف الثانى من القرن العشرين يعنى أن قبضة تلك التأثيرات على الصحة قد تراخت. وبدا من المعقول أن يؤثر المركز الاجتماعى على الصحة، حين كان جزء كبير من السكان يعانون صعوبة فى تلبية احتياجاته المادية الأساسية، ولكن استمرار الأهمية الكبيرة للمركز الاجتماعى حين أصبحت مستويات المعيشة أعلى بكثير، بدا للكثيرين أمراً يصعب تصديقه. وسنرى فى الفصل الرابع السبب فى أنه لا يمكن إيجاد تعليقات تقلل من شأن تلك الفوارق، وأنه يجب أن نقلها على علاتها. وبالرغم مما بدا للبعض من أن الفوارق تتطلب تصديق ما لا يصدق؛ فإن الأبحاث الاستكشافية الأولى قد تمت الآن، والنتيجة هى أنه من المؤكد أن الجزء الأكبر من تلك الفوارق فى الصحة ينبع بالفعل من النسيج الاجتماعى والاقتصادى للحياة رغم إخفاقتها فى التقلص تحت تأثير النمو الاقتصادى.

ومعرفتنا أن عمليات حياة الناس الاجتماعية ذات البنية الاقتصادية تبقى أقوى مؤثر على الصحة فى العالم الحديث تحول استكشاف محددات الصحة إلى علم اجتماعى. ويمكن للعلوم الطبية أن تتناول السبل البيولوجية التى لها علاقة بالمرض وأسبابه وأعراضه وفرص معالجته. ولكن إلى الحد الذى تكون الصحة فيه ناتجاً اجتماعياً وبعض أشكال التنظيمات الاجتماعية أوفر صحة من بعضها الآخر، سيعتمد التقدم فى فهمنا للصحة على الأبحاث



الاجتماعية. فتطوير أشكال فعالة من الوقاية يعنى فهم الكيفية التى تقوم فيها البنيتان الاجتماعية والاقتصادية بالاعتداء على حقوق الناس، ومعرفة ما هى أنواع السياسات التى قد تكون مفيدة. وهذا يعنى فهم ما تنطوى عليه البنى المؤسساتية المختلفة الفعالة، وما تنطوى عليه الأشكال المختلفة لعدم الاطمئنان المتعلق بالسكن والدخل والوظائف، وما ينطوى عليه التطور الاجتماعى والجماعى؛ ويعنى فهم محددات الجودة الذاتية للحياة، والعثور على طرق لتقوية النسيج الاجتماعى للمجتمع؛ وقبل كل هذا وذاك يعنى فهم المؤثرات النفسية - الاجتماعية فى البناء الهرمى والمركز الاجتماعى.

ويبرز ديلان كمؤشرين على أن الصفة الاجتماعية والسياسية تطفئ إلى حد كبير على طبيعة صحة الجماعة: الأول هو سلسلة الأمراض ومسببات الوفاة الشائعة فى أجزاء السلم الاجتماعى السفلية أكثر من الأجزاء العلوية؛ فالمعوقات الصحية للطبقات الأدنى لا يمكن شرحها على أساس مجرد مرض أو مرضين يمكن تعليلهما على أساس عامل خطر أو عاملين. إن معدلات الوفيات الناجمة عن نحو (٨٠) بالمائة (٨٢) بالمائة للرجال و٧٦ بالمائة للنساء) من أسباب الموت الأكثر أهمية البالغ عددها (٨٠) سبباً أو نحو ذلك (٧٨ سبباً لدى الرجال و٨٢ سبباً لدى النساء) - أعلى لدى العمال نوى الياقة الزرقاء (عمال الطبقة الكادحة) منها لدى العاملين نوى الياقة البيضاء (موظفى المكاتب ومن شابههم)، وكل مجموعة رئيسية من تلك الأسباب - الأمراض السارية وأمراض السرطان والأمراض القلبية الوعائية وأمراض التغذية والأمراض الاستقلابية والتنفسية والحوادث والأمراض العصبية والعقلية - يتبدى فيها النسق نفسه. والأمراض الهامة الوحيدة تقريباً التى تظهر درجة الميل الاجتماعى المعاكس هى أمراض سرطان الجلد (الناجمة عن الإفراط فى التعرض للشمس) وسرطان الثدي. وتبين السلسلة العريضة جداً من الأمراض المتعلقة بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية أننا نتعامل مع ظاهرة اجتماعية فى أساسها، فهذا ليس مجرد تأثير التزامن العارض لبضعة عوامل صحية ترجع الميل الطبقي للمرض فى أحد الاتجاهين وليس فى الاتجاه الآخر.

والاتجاهات الصحية فى أوروبا الشرقية هى مؤشر آخر على أهمية العمليات الاجتماعية، وهو مؤشر مختلف تماماً ولكنه صارخ بقدر مماثل. ولو أن دول أوروبا الشرقية والغربية رتبت حسب درجة معدلات الوفيات فيها فى عام ١٩٧٠م لوجدت مساحة كبيرة من التداخل

بين الكتلتين. فقد كان وضع ألمانيا الشرقية أفضل من ألمانيا الغربية، فى حين أن دولاً مثل بلغاريا ورومانيا كانت فى مرتبة أعلى من كثير من دول أوروبا الغربية. ولكن لو أن هذه الدول رتبّت حسب معدلات وفيات الرجال فى عام ١٩٩٠م؛ فإن جميع دول أوروبا الشرقية كانت فى وضع أسوأ من جميع دول أوروبا الغربية (واتسون Watson ١٩٩٥)، وجاءت معدلات الوفيات فى يوغوسلافيا - التى لم تكن فى أى من المعسكرين - فى الوسط تماماً بين الكتلتين السياسيتين. ولا يقل وضوح ترتيب الفوارق القومية فى وفيات النساء إلا بمقدار قليل. والاختلاف بين عامى ١٩٧٠ و ١٩٩٠م ليس بشكل أساسى مسألة التدهور فى حالات الوفاة أثناء إعادة الهيكلة التى تلت ثورات عام ١٩٨٩م. فمِنذ أوائل السبعينيات من القرن العشرين توقف التحسن فى العمر المتوقع عند الولادة فى جميع أنحاء أوروبا الشرقية؛ إذ بعد أن لحقت تلك الدول إلى حد كبير بمعدلات العمر المتوقع عند الولادة فى أوروبا الغربية خلال الخمسينيات والستينيات توقف التحسن، وتكونت فجوة صحية كبيرة بين أوروبا الشرقية والغربية - رغم استمرار النمو الاقتصادى فى معظم أوروبا الشرقية. والطبيعة السياسية الاقتصادية للمشكلة يوحى بها دليل أن هذا الفشل لا يمكن تفسيره على أساس قضايا واضحة وصريحة مثل انخفاض مستوى الرعاية الطبية أو النمو الاقتصادى متفاوت أو تلوث الهواء المتزايد (هرتزمان Hertzman ١٩٩٥) فقد حدث خطأ ما فى تلك المجتمعات فى أوقات متقاربة جداً فى أوائل السبعينيات. عند النظر إلى الاتجاهات يصعب تجنب الاعتقاد بأننا إذا فهمنا السبب الذى منع المزيد من التقدم فى الصحة سنكون قد اكتشفنا أيضاً الأصول الاجتماعية والاقتصادية لثورات عام ١٩٨٩م؛ حيث إنه توجد علاقة وثيقة بين الصحة والمجتمع فما، نتعلمه عن المجتمع يفيدنا بالنسبة للصحة، وما نتعلمه عن الصحة يفيدنا بالنسبة للمجتمع.

والفهم العام الصحيح للصحة يلتقى فى نقاط كثيرة مع مدخل دركايم Durkheim إلى الانتحار. فبدلاً من تحليل الانتحار على أسس صحة الفرد النفسية وظروفه، رأى دركهايم معدلات الانتحار على أنها نتاج اجتماعى. ولكل مجتمع معدل يعكس تركيبه الاجتماعى. وأثناء كتابة دركايم كان السبب الشائع للوفاة إلى حد كبير هو الأمراض السارية، وكان من الواضح أنه يجب ربط حدوث المرض بصورة رئيسية بالتعرض للعدوى وبالفقر المادى.

ولكن يبدو من المرجح أن دركايم لو كان يقوم بالكتابة الآن في سياق الحديث عن الأمراض في المجتمعات المتقدمة لم يكن سيقصر تحليله على الانتحار. فهناك أدلة قوية على أن معدلات معظم الأمراض تتفاوت من مجتمع إلى آخر بطرق تعكس الفوارق في تنظيمها الاجتماعي والاقتصادي، وهي بالتأكيد مؤشر على تلك الفوارق. إن معظم أسباب الموت الرئيسية لا تبدو ذات صبغة اجتماعية أقل من الانتحار. ولا شك في أن دركهايم كان سيهتم بصورة خاصة بحقيقة أن عدم التقدم في العمر المتوقع عند الولادة في أوروبا الشرقية منذ أوائل السبعينيات من القرن العشرين كان ظهوره بين العازبين من الرجال والنساء أكثر منه بين المتزوجين. فقد تدهورت الوفيات بشكل جوهري بين العازبين أثناء السبعينيات والثمانينيات لكنها لم تتغير إلا قليلاً بين المتزوجين (واتسون ١٩٩٥). وهذا يعطى مؤشراً قوياً على مدى كون العمليات الكامنة وراء ذلك هي عمليات اجتماعية.

ويمكن أن يؤدي النظر إلى الصحة من منظور المجتمع بدلاً من منظور الأفراد إلى وجهة نظر مختلفة اختلافاً جذرياً حول محددات الصحة. فبدلاً من النظر لمعرفة ما الذي يجعل أحد الأفراد يتمتع بصحة أكثر من فرد آخر - هدفنا في هذا الكتاب هو أن نرى ما الذي يجعل أحد المجتمعات يتمتع بصحة أكثر من مجتمع آخر. ومن وجهة نظر صحة المرء نفسه أو صحة أصدقائه يبدو فهم الفوارق الصحية بين الأفراد بلا شك أكثر مغزى من فهم الفوارق بين المجتمعات. ولكن من وجهة نظر السياسات العملية والسياسة العامة، أو بالتأكيد من وجهة نظر المصلحة الاجتماعية، ما يهم هو صحة المجتمعات بأكملها. والقضية ذات الأهمية الكبرى هي كيفية زيادة المقدار الإجمالي للصحة التي يتمتع بها المجتمع. ومن ذلك المنظور فإن معظم المكاسب والخسائر الصحية التي تحدث للأفراد في أحد المجتمعات - سواء أكانت تتعلق بالهرم، أو بأوبئة الأمراض السارية الموسمية، أو بظهور أشكال أخرى من المرض أو باختفائها - ليست لها أهمية كبيرة. فالقليل جداً من التغيرات الصحية على مستوى الأفراد يمثل جزءاً من العمليات التي تزيد من صحة المجتمع الإجمالية.

ولكن أليس من المؤكد أن محددات الصحة التي تحددها دراسات الأفراد تتجمع لتصبح محددات صحة المجتمع؟ على الرغم من أن الجواب من حيث المبدأ هو "نعم"، فمن الناحية

العملية ومن وجهة نظر نتائج الأبحاث، من الممكن جداً ألا تتجمع على ذلك النحو. ونحن لا يتم تأكيد أن ما يبدو عاملاً محدداً للصحة على مستوى المجتمع أو المجموعة هو عامل خطر فى الدراسات التحليلية على مستوى الأفراد؛ فهناك ميل لإطلاق اسم "المغالطة البيئية" على النتيجة الخاصة بالمجتمع. لكن هناك أسباباً تفسر كون التحليلات الخاصة بالأفراد والخاصة بالمجتمعات تعطي نتائج مختلفة مع أنها على نفس الدرجة من الصحة (شوارتز Schwartz ١٩٩٤؛ سسر Susser ١٩٩٤). فمن المحتمل أن تظهر نواة للحقيقة على المستوى البيئى الأوسع، لكن الإحصائيات تفشل فى اكتشافها على المستوى الفردى؛ إذ إن ما يحرك حقاً صحة المجتمعات بأكملها، مضافاً إلى المقدار الإجمالى للصحة أو منقصاً منه، قد يكون عوامل لا تفسر سوى جزء ضئيل جداً من اختلاف صحة الأفراد وبالتالي لا يتم اكتشافه. وبصورة بديلة، قد تكون العوامل المسؤولة عن تغييرات رئيسية فى صحة مجموعات سكانية كاملة عوامل ثابتة بين الأفراد ضمن كل مجتمع، وبالتالي فهى أيضاً لا تُكتشف فى دراسات الأفراد. (تدعى العوامل التى تؤثر فى الجميع بشكل متماثل فى أحد المجتمعات ثابت وهى لا ترى فى الدراسات الإحصائية للأفراد ضمن المجموعة السكانية؛ لأن اهتمام الإحصائيات الكامل ينصب على تحليل الفوارق أو أنماط التنوع بين مجموعة كبيرة من الحالات. ولا يمكن اكتشاف تأثير عامل مجتمعى ما يشترك فيه جميع أفراد المجتمع إلا عن طريق المقارنة مع مجتمعات مختلفة). ويتساءل المرء عن مدى كثرة استبعاد نتائج يحتمل أن تكون قيمة على أساس أنها مغالطات بيئية.

ومن الناحية العملية يبدو كأن بعض العوامل التى تظهر أنها تفسيرات هامة للفوارق الصحية بين الأفراد لا تعطى تعليلاً للفوارق بين المجموعات الاجتماعية ضمن المجتمعات أو بين مجتمع وآخر. فعلى سبيل المثال، هناك دول تعد من بين أكثر الدول تمتعاً بالصحة فى العالم على الرغم من أن معدلات التدخين فيها عالية جداً. وهذا بالطبع لا يعنى أن التدخين لا يضر بالصحة، بل يعنى فقط أن تأثيره أقل أهمية من عوامل أخرى تكون عادة غير معروفة وتختلف بين دولة وأخرى. وعلى نحو مماثل لا تظهر مستويات استهلاك الشحوم والكوليسترول فى بريطانيا درجة تحدر الطبقات الاجتماعية الحادة جداً التى نجدها فى مرض القلب،

فهذه المستويات تؤثر في أخطار مرض القلب على الأفراد، لكنها ليست من بين الأشياء التي تختلف بصورة منهجية بين الطبقات الاجتماعية بطريقة تسهم في درجة تحدر المرض الطبقي.

وهناك أيضاً مشكلات أكثر جوهرية من محددات الصحة على مستوى الأفراد في الاستدلال على محددات الصحة على مستوى المجتمعات. إن كلاً من التعليم والدخل يبدوان عاملين هامين من محددات الصحة الفردية. ولكن أحد آثار التحصيل العلمي الجيد هو أنه يرفع المرء على سلم الهرم الاجتماعي. وقد يعود التحسن في الصحة إلى التغيير في مركز الفرد الاجتماعي الذي يحققه التعليم لا إلى التعليم نفسه. ولو أن كل شخص في المجتمع حصل بصورة مفاجئة مزيداً من التعليم بمقدار (٢٥) بالمائة فيبدو من المرجح أن ذلك سيزيد من الصحة، ولكن هذا قد لا يحدث ذلك. فإذا كان المركز الاجتماعي هو الشيء الهام ولم يتغير المركز النسبي لأي شخص، فلن تتحسن الصحة. ويمكن قول الشيء نفسه عن زيادات الدخل. فهل الأهمية للدخل المطلق أم للدخل النسبي؟ من المحتمل أن الدخل لا يؤدي إلى أي اختلاف إلا إذا حسنَّ مركز الشخص النسبي في المجتمع. وسنرى في الفصل الخامس أن الأدلة توحى أن للدخل النسبي أهمية أكبر من أهمية الدخل المطلق. ويمكن قول الشيء نفسه عن بعض الأبحاث التي تبين أن الأشخاص الذين لديهم قدر أكبر من الدعم الاجتماعي يتمتعون بصحة أفضل. وإذا كان هذا انعكاساً لميل لدى الناس الذين لهم شخصيات أكثر حياءً للمخالطة لأن تكون صحتهم أفضل بغض النظر عن بيئتهم الاجتماعية، فمن المحتمل ألا تؤدي العلاقات الاجتماعية الأفضل في مجتمع ما إلى تحسن الصحة بصورة عامة. وأخيراً الأطفال الذين ينقلون إلى مدارسهم بالسيارات قد يحتمون من بعض مخاطر الشوارع، لكن كل رحلة إضافية بالسيارة تزيد من تلوث الهواء ومن مخاطر الطرق بالنسبة للآخرين. وهكذا قد ينطوي استنتاج نتائج عن المجتمعات بأكملها من دراسات الأفراد على نوع من المغالطة البيئية المعكوسة. ومن وجهة نظر التغييرات في السياسة العامة ما يهم هو ما إذا كانت النتائج صحيحة بالنسبة للمجتمع ككل.

ويمكن إيضاح مدى أهمية القضايا الاجتماعية بالتباين الواضح بين الصحة فى الدول المتقدمة وفى الدول النامية. ففي السنوات بين ١٩٦٥ و ١٩٨٦م ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان بمقدار (٧,٥) سنة للرجال و (٨) سنوات للنساء. وفى بداية تلك الفترة كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان أقل منه فى بريطانيا. وعند نهاية الفترة أصبح متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان هو الأعلى فى العالم بأسره. ويمكن رؤية درجة ضخامة تلك المكاسب من حقيقة أنه يجب إلغاء جميع أمراض القلب ومعظم أمراض السرطان فى بريطانيا للتوصل إلى زيادة مماثلة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فيها (مارموت Marmot وديفى سميث Davey Smith ١٩٨٩). لكن يبدو أنه لا يمكن تفسير تلك التحسينات على أساس التغيرات فى التغذية أو الرعاية الصحية أو السياسات الصحية الوقائية أو أى من العوامل الواضحة التى أظهرتها دراسات الأفراد.

وتعطى مستويات التحليل المختلفة صوراً مختلفة لمحددات الصحة. فقد أجريت أبحاث على الفوارق فى الصحة بين الأشخاص المصنفين فى طبقات اجتماعية ضمن المجتمع نفسه، وبالإضافة إلى الفوارق فى المحددات الفردية والاجتماعية، ركزت تلك الأبحاث الانتباه على محددات الصحة التى كانت كثيراً ما تهمل فى السابق. وتوحى الدراسات بأن الجزء الأكبر من الفوارق فى الوفيات بين الطبقات الاجتماعية لا يمكن تفسيره بالتفسيرات التى تبدو هامة بالنسبة للاختلافات الفردية فى الصحة. خذ على سبيل المثال الفوارق البالغة أربعة أضعاف فى مستويات الوفاة بسبب مرض القلب بين العاملين فى المكاتب نوى المراتب العليا والدنيا فى الدوائر الحكومية فى بريطانيا (انظر الشكل ٤-١). حتى حين نأخذ بالاعتبار انخفاض التقديرات الناجم عن عدم دقة الأرقام؛ فإن جميع عوامل الخطر الفردية الرئيسية المعروفة لا تفسر أكثر من نصف الاختلاف (مارموت وزملاؤه Marmot et al. ١٩٧٨ ب). وقد أكدت عدة دراسات أخرى أن درجات ميل الطبقات الاجتماعية فى الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب تبقى تقريباً على نفس درجة الانحدار بعد ضبطها حسب تأثير عوامل الخطر الفردية الرئيسية.

ومما يعطى وزناً إضافياً لأسباب الخوض فى محددات الصحة على مستوى المجتمع، تنميط علم الاجتماع للتعرض لعوامل الخطر التى لفت روز Rose الانتباه إليها (روز ١٩٩٢):

فحجته المؤيدة لمداخل مجتمعي لم تعن بالفوارق المحتملة بين العوامل ذات الأهمية على مستوى الأفراد وعلى مستوى المجتمع. وإنما ساق حجة فحواها أن عدداً كبيراً من العوامل المعترف بأهميتها على المستوى الفردي تتطلب التدخل على مستوى المجتمع. وبصورة أساسية، إذا كان السلوك يتحدد اجتماعياً؛ فلا يمكن تغيير الأفراد إلا بتغيير المجتمع. وبدلاً من النظر إلى الأشخاص المصابين بمرض معين أو المعرضين لأحد العوامل الخطرة على أنهم أفراد يختلفون بصورة مطلقة عن بقية السكان الطبيعيين، بين روز أن خصائص السكان بأكملهم تحدد أعداد أولئك الأشخاص. وبدلاً من انفصال المرضى عن بقية السكان بفجوة واضحة، فهم يمثلون أحد طرفي التوزيع السكاني المستمر. وكان ارتفاع ضغط الدم من أول الأمثلة التي ظهرت لهذا النمط؛ فقد اتضح أن الأشخاص ذوي الضغط المرتفع ليسوا فئة متميزة تضاف في أعلى التوزيع الطبيعي لضغط الدم في مجتمع من المجتمعات. وبدلاً من أن تكون لديهم علة غير موجودة لدى باقي السكان فهم يدخلون ضمن نطاق التغير الذي يصفه منحنى جرسى الشكل للتوزيع الطبيعي. ويبدو الشيء نفسه صحيحاً عن عدد من العوامل الخطرة الأخرى من عوامل مرض القلب بما في ذلك ارتفاع مستويات الكوليسترول.

وبعد فحص توزيع عوامل الخطر في اثنتين وثلاثين دولة في جميع مستويات التطور الاقتصادي، استنتج روز أن نسبة الأشخاص المعرضين لخطر كبير في أية مجموعة سكانية هي ببساطة دالة على متوسط ضغط الدم ومستويات الكوليسترول أو أي شيء آخر في ذلك المجتمع. وتوحي أدلته أن ذلك صحيح بالنسبة لعدد من الحالات. وهكذا يبدو أن نسبة السكان الهرمين الذين يعانون الخرف الشيخوخي هي دالة على مستوى القدرة الإدراكية لدى السكان بأكملهم. وعلى غرار ذلك ينبئ متوسط نسبة استهلاك الكحول لدى الفرد في مجموعة سكانية بعدد الأشخاص المفرطين في شرب الخمر، في حين أن انتشار السمنة له علاقة بمتوسط نسبة الوزن إلى الطول. وفي الواقع، يقول روز إن هذا ينطبق على مقاييس الاكتئاب والصحة العقلية والنزعة العدوانية.

وبالرغم من أن التنوع الإجمالي في أي مجموعة سكانية يشمل التنوع الوراثي؛ فإن

الطريقة التي يرتفع بها توزع تلك الظروف على المجموعة السكانية بأكملها أو ينخفض في المجتمعات المختلفة تعكس فوارق في أسلوب حياة المجتمع. وقد فسر روز أدلته على أنها تظهر عدم إمكانية خفض نسبة السكان المعرضين للخطر ضمن سلسلة واسعة من العوامل الخطرة دون خفض تعرض السكان بأكملهم لذلك الخطر. وعملياً فإن مدى التنوع على طرفي قواعد السلوك لمجتمع ما ثابت بحيث إن نسبة السكان ذوي الأنظمة الغذائية السيئة أو المفرطين في شرب الخمر أو المعانين من ارتفاع ضغط الدم... إلخ، هي انعكاس للموقع الذي تحتله قواعد السلوك في ذلك المجتمع. وقد أوضحت أدلة روز أن من الأسهل تغيير قواعد السلوك المجتمع من تركها بلا تغيير أثناء محاولة خفض نسبة السكان المتجاوزين لأحد مستويات الخطر.

ولا يبدو أي من هذه الأمور مستغرباً إلى حد كبير، على اعتبار أن خصائص وملامح كثيرة من السلوك الإنساني تكون في العادة موزعة ضمن كل مجتمع، وتعكس بذلك جزئياً أنماطاً من التماسك الاجتماعي لكن تلك الأمور تتعارض مع الفكرة الشائعة التي تعتبر المرض بلوى فردية مستقلة. وهي تؤكد المدى الذي تكون فيه الأمراض الحديثة وما يكمن وراءها من حالات التعرض إلى سلسلة كبيرة من عوامل الخطر نتيجة لقواعد سلوك المجتمع الذي نعيش فيه. والقوة الظاهرة التي يتمتع بها التعيين الاجتماعي للأمراض الفردية قادت روز إلى استنتاج أن السياسة الوقائية يجب ألا توجه نحو الأشخاص الموجودين في الذيل المعتل الصحة من التوزيع السكاني، وإنما نحو تحريك مجمل توزع السلوك أو الممارسة أو التعرض بين المجموعة السكانية بأكملها. فمثلاً لتقليل الوفيات من التشمع الكبدي؛ يجب على الجميع أن يقللوا تناولهم للمشروبات الكحولية. حيث إن المفرطين في تناول تلك المشروبات يميزون أنفسهم عن المعدل الإحصائي؛ فإن مقدار تواتر الشرب الذي يمثل ذلك المعدل يحدد عدد الأشخاص الذين يصبحون مدمنين للمسكرات. وهذا يعني أن عمليات التمييز أكثر جوهرية من المعدلات الإحصائية التي يجري التمييز حولها. ويستشهد روز بقول دوستويفسكي Dostoevsky: "نحن جميعاً مسئولون عن كل شيء."

ويرتبط هذا بالنتائج التي استنتجها سايم Syme من النجاح الضئيل جداً الذي أحرزته محاولات خفض عوامل الخطر السلوكية الفردية. وقد وصف المشكلة في سياق النتائج المخيبة



للآمال التي نتجت عن اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة Multiple Risk Factor Intervention Trial في الولايات المتحدة (سايم ١٩٩٦). فالرجال المصنفون ضمن فئة العشرة بالمائة الأعلى بالنسبة لخطر الإصابة بمرض القلب الإكليلي - والذين يمكن بالتالي اعتبار أن لديهم حافزاً قوياً - لم يقتنعوا بأكثر من القيام بتغييرات ضئيلة في عاداتهم الغذائية وتدخينهم رغم السنوات الست من المحاولات المكثفة لإقناعهم بالتغيير. وقد علق سايم قائلاً:

حتى حين ينجح الأشخاص في تغيير سلوكهم عالي الخطورة؛ فإن أشخاصاً جداً يستمرون في دخول المجموعة السكانية المعرضة للخطر ويحلون محلهم. فعلى سبيل المثال، في كل مرة نجحنا أخيراً في مساعدة شخص على الإقلاع عن التدخين ضمن مشروع اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة، هناك احتمال أنه في اليوم نفسه كان طفل أو طفلان في باحة مدرسية في مكان ما يجربون تدخين السجائر للمرة الأولى. لذلك حتى حين نساعد الأشخاص المعرضين لخطورة عالية أن يخفضوا نسبة الخطر فإننا لا نقوم بشيء لتغيير توزيع المرض بين السكان . . . لأننا لم نقوم بشيء للتأثير على تلك القوى في المجتمع التي سببت المشكلة في الأصل.

(سايم ١٩٩٦، ص ٢٢)

وهذا سبب إضافي لتبني مدخل مجتمعي للصحة. لكن كما أن ذلك المدخل معاني ضمنية بالنسبة للأبحاث المطلوبة لتوجيهه؛ فإن له معاني ضمنية بالنسبة للسياسة تمضي إلى حد أبعد بكثير من مشكلات معالجة عوامل الخطر الإكليلية. وتتوصل دراسات الأفراد والمجموعات الاجتماعية عادة إلى مضامين شديدة التباين حول السياسة. فدراسات الأفراد تقود دائماً إلى محاولات للتمييز بين الأشخاص الذين يعانون مشكلة ما (أحد الأمراض أو المشكلات الاجتماعية) والأشخاص الذين لا يعانونها ممن ينتمون إلى المجموعة السكانية أو الاجتماعية نفسها. والمدخل هو التعرف على الأشخاص الذين لديهم أعراض المرض ثم اكتشاف الشيء المختلف - أو الذي كان مختلفاً - في أسلوب حياتهم أو في ظروفهم الاجتماعية - الاقتصادية. وبصورة شبه دائمة ينتهي بك الأمر إلى تحديد مجموعة من الأشخاص معرضة

لدرجة عالية لخطر الإصابة بالمرض، ويتم تحديدهم لأن لديهم عوامل تعرض معينة أو أياً كان الأمر، وتصبح المشكلة عندئذ هي كيفية التدخل لدى تلك المجموعة لوقايتها من الإصابة بالمرض. ويكون الأمر أحياناً مسألة القيام بالنقصى وتوفير معالجة مبكرة، وفي أحيان أخرى محاولة تغيير أحد جوانب أسلوب المعيشة، ولكن الأمر دائماً ينطوى على توفير خدمة أو تدخل ما. ولا ينطبق هذا على الصحة فحسب، بل أيضاً على دراسات سلسلة واسعة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والتطورية والتربوية. وما يحدث هو أن مصدر المشكلة الأصلية في المجتمع يبقى كما هو (بل وقد لا يُعرف) في حين تُقترح خدمات جديدة باهظة التكاليف لتولى شأن أكثر الأفراد إصابة بالمشكلة. وتؤدي كل مشكلة جديدة إلى طلب موارد إضافية لخدمات تهدف إلى محاولة تصحيح الضرر الذي يستمر في الحدوث. ولأن الخلل الكامنة في النظام لا يقومُ فهو يتيح المجال لتدفق مستمر لكل من الأشخاص المعانين نتيجة ذلك والمطالبات بخدمات خاصة لتلبية احتياجات أولئك الأشخاص.

لكن يمكن اللجوء إلى مدخل آخر. خذ على سبيل المثال، معدل الانتحار العالي بين المراهقين في اليابان. كان يمكن تناول مشكلتهم عن طريق تحديد الأشخاص المعرضين للخطر وتوفير خدمات استشارية باهظة التكلفة في كل مدرسة وكلية، ولكن مع مرور السنوات انخفضت حالات الانتحار بصورة ملموسة بين مجموعتي الأعمار (١٥-٢٠) و (٢٠-٢٥) عاماً، وخاصة بين الصبيان، بدون تلك الخدمات. وبدلاً من ذلك أدت تعديلات في النظام التربوي إلى رفع إمكانية التنبؤ بسير الطلاب فيه وإلى تخفيض احتمال الأوهام غير الواقعية وما ينتج عنها من مشاعر خيبة الأمل (دور ١٩٩٥ Dore) وكانت التعديلات أقل تكلفة وفي الوقت نفسه أكثر فعالية مما كان يمكن أن تكون عليه الخدمات الإضافية. وفي المجال المهني يعطى الضغط النفسي في الوظيفة مثلاً آخر. فبدلاً من تأمين خدمات استشارية باهظة التكلفة للموظفين الذين يعانون شدة الضغط النفسي، قد تجد الشركات أن التغييرات في الممارسات المكتبية يمكن أن تقلل من الإجازات المرضية وتزيد من الإنتاجية (كاراسك Karasek وثيرول Theorell) وبدلاً من الاستجابة للضغط النفسي الوظيفي بطرق تزيد التكاليف، يمكن لمدخل أكثر جذرية ألا يتفادى تكلفة الخدمات الإضافية فحسب، بل ربما يمكنه أن يزيد من الكفاءة أيضاً.

إذن، هناك عدد من الأسباب المختلفة للاعتقاد بأنه يجب إعطاء اهتمام أكبر للمحددات المجتمعية للصحة. وهي تدرج تحت عناوين. فمن حيث الأبحاث قد تكون تفسيرات الأمور التي تجعل مجموعات سكانية كاملة تنعم بصحة أفضل من مجموعات أخرى مختلفة جداً عن الأدلة التي تأتي من دراسات ما يجعل بعض الأفراد ينعمون بصحة أفضل من غيرهم. وإضافة إلى ذلك توجد أدلة واضحة تبين أن هناك عوامل اجتماعية محددة للصحة ينبغي التعرف عليها. ثم من حيث السياسة: أولاً حتى حين يتعلق الأمر بمعالجة عوامل الخطر بالنسبة للأفراد، قد تكون أحياناً معالجتها على مستوى اجتماعي أكثر فعالية، وثانياً إذا كان من المطلوب ألا تعتمد الوقاية على سلسلة مستمرة من الخدمات الجديدة الباهظة للتعامل مع الأشخاص الذين صنفوا على أنهم معرضون لدرجة عالية من الخطر؛ سيكون عليها أن تعالج البيئة التي تولد مستويات مختلفة من التعرض للخطر.

إننا نتخيل في كل مجال من مجالات السياسة الاجتماعية تقريباً أن الخدمات والتدخلات أكثر أهمية مما هي بالفعل. ولا يقتصر الأمر على أن تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية على بقاء الإنسان خفّض إلى حد كبير تأثير الخدمات الطبية (كما سنرى في الفصل القادم)، بل إن تأثير الشرطة والسجون على الجريمة لا يعدو أن يكون ثانوياً، كما أن العاملين في الخدمة الاجتماعية غير قادرين على حل المشكلات الاجتماعية، ولا يستطيع المعلمون في المقررات العلاجية أن يولّدوا - في ساعتين أسبوعياً - تأثيراً يبطل مفعول الصدمات العاطفية في خلفيات الأطفال، ولا يستطيع علماء النفس المختصون بمعالجة الأسر وقاية الأسر من الانهيار. وعمليات التقييم في جميع هذه المجالات تعطي أدلة على أن فعالية هذه الجهود هي في أفضل الحالات هامشية.

وإذا كانت الأخطار الصحية التي يتعرض الناس لها بصور متفاوتة تنشأ من مجرد الظروف المادية التي نعيش فيها؛ فإن ذلك لن يضيف إلى ما يمكن لنا رؤيته بأعيننا سوى معلومات قليلة جداً عن مجتمعاتنا. إن ما يجعل فهم الصحة مسألة هامة من وجهة نظر علم الاجتماع هو أن الكثير من المشكلات الصحية الحديثة تعكس تجربة الأشخاص الذاتية

للظروف التي يعيشون فيها؛ ذلك لأن الكثير من السبل التي تؤدي إلى المرض هي نفسية - اجتماعية كما سوف نرى. ومن المعروف أن المضاعفات النفسية للظروف الاجتماعية تساهم في انتشار الأمراض والوفيات الناجمة عن سلسلة واسعة من الحالات. والمعنى الضمني لهذا هو أن صورة الأمراض في المجتمعات المختلفة أو في المجموعات المختلفة المراتب ضمن المجموعات السكانية يعطينا فكرة عن التأثير الذاتي للأنظمة الاجتماعية والاقتصادية. وهذا يعني أن الصحة يمكن أن تعطى أدلة جديدة حول الاتجاه الذاتي في المجتمع.

وتحليل العوامل الاجتماعية - الاقتصادية المحددة لمعدلات الوفاة هو دليل ذو أهمية خاصة لفهمنا للرفاهة الاجتماعية، وليس ذلك فقط لمجرد أن المعايير واضحة والسجلات مكتملة. فهو هام أيضاً لأن العوامل الاجتماعية المحددة للصحة تتيح لنا رؤية جوهرية للطريقة التي تفرض الهياكل الاجتماعية فيها أضراراً نفسية وتكاليف بشرية؛ فالصحة كما سنرى توفر لنا بيانات ثابتة توصلنا إلى التأثير الذاتي للتجربة. وفي كثير من مجالات الرفاهة الاجتماعية يعانى القياس مشكلات التعريفات والمعايير المتبدلة، وكذلك عدم معرفة ما إذا كانت التغييرات في الأرقام تمثل تغييرات حقيقية، أو أنها مجرد اختلافات في نقل المعلومات أو تسجيلها. وأخيراً يتمتع علم اجتماع الصحة بميزة أن فهم الناس لما يسبب التدهور في الصحة لا يخضع لأفكار اللوم والعقاب بنفس المقدار الموجود في حقول أخرى من الأداء الاجتماعي.

إن الصعوبة تكمن في تحديد التغييرات المؤسسية التي يمكن أن تتصدى لجذور تلك المشكلات وفي تطبيق تلك التغييرات. وهناك بالطبع تاريخ طويل من الوقايات والإصلاحات القانونية التي تتناول مصادر الخطر التي يمكن تفاديها بحل تقني سريع، مثل الحد من التعرض للمواد السامة أو وضع حماية للآلات. وفي حين أن هناك شكاوى دائمة حول التكاليف وانتقادات مستميتة للأدلة صادرة عن الأطراف التي تهدد مصالحها المالية، فإن الحلول الفنية قد قدمت مساهمات كبرى للصحة المهنية والبيئية. لكن ما ينتج الآن عن الأبحاث الصحية خاصة أبحاث صور عدم المساواة الصحية هو معرفة الأسباب الاجتماعية للمرض. فبدلاً من اكتشاف حالات التعرض للمواد السامة وأخطار الآلات نكتشف الآن سمية الظروف الاجتماعية وأنماط التنظيم الاجتماعي. ونحن نعرف تماماً أنه إذا كانت

الفوارق في معدلات الوفيات التي بلغت ثلاثة أضعاف والتي ثبت وجودها بين موظفي المكاتب الأعلى مرتبة والأدنى مرتبة (مارموت وآخرون. ١٩٨٤ Marmot *et al.*) نشأت نتيجة للتعرض للمواد السامة؛ فإن المكاتب المعنية تغلق على الفور إلى أن يتم حل المشكلة. وعلى نحو مماثل إذا تم تحديد أن سبب الاختلاف البالغ أربعة أضعاف في معدلات الوفاة بين الأشخاص الذين يعيشون في أحياء الأغنياء وأحياء الفقراء في الإقليم الشمالي من إنجلترا (فيليمور وآخرون. ١٩٩٤ Philimore *et al.*) - هو الملوثات التي تفرزها المصانع فإن المنطقة تفرغ من السكان في حين يتم تنظيم عملية طوارئ تنظيفية. ولكن من حسن حظ المصالح المكتسبة التي كانت ستعرض للخطر أنه لا الأسباب الاجتماعية معروفة جيداً ولا تأثيراتها المروعة على معدل الوفيات. ولكن إذا أخذنا في الاعتبار كيف أن صور عدم المساواة الصحية لم تكتشف إلا من فترة قريبة جداً وأيضاً المعدل الذي تتقدم به معرفتنا لأسبابها؛ فإن هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بأن هذه القضايا ستوفر خلال العقد القادم الحافز لفترة جديدة من الإصلاح الاجتماعي.

وتوفر الإحصائيات في الكثير من مجالات الأبحاث مجهراً اجتماعياً من نوع ما؛ فهي تظهر جوانب من الواقع الاجتماعي وعلاقات بين الأشياء لا تراها العين المجردة. ولو أنك ذكرت الفوارق الطبقيّة الاجتماعية في معدلات الوفاة قبل عشرين عاماً، حتى لو كنت تتحدث إلى أطباء أو غيرهم من المعنيين بالرعاية الصحية، لكان السؤال الأول عنها هو: "في أي اتجاه تسير؟" فحقيقة أن معدلات وفيات الطبقة الأدنى بلغت على الأقل ضعف معدلات الطبقة الأعلى لم تكن ظاهرة للعيان. ورغم أننا جميعاً نلاحظ وجود عجائز من النساء أكثر من الرجال، ونعرف أن سبب ذلك هو التفاوت في البقاء على قيد الحياة، فإننا غافلون عن واقع أن هناك درجة أكبر من عدم التوازن بين أعداد الكبار في السن من الطبقات العليا والدنيا ناتجة عن التفاوت في البقاء في مختلف مراحل العمر. وتطلب "اتّضح" الصورة سنوات من الأبحاث التي أوضحت تلك العلاقات إحصائياً، وبنوداً مستمرة في وسائل الإعلام لإطلاع جمهور أوسع على نتائج تلك الأبحاث. وقد نما فهم الناس للعوامل الاجتماعية المحددة للصحة بسرعة خلال العقدين الماضيين؛ فالجميع يعرفون الآن أن صحة الفقراء أسوأ من صحة الأغنياء وأعمارهم المتوقعة أقصر من أعمار الأغنياء.

وفى حين أنه من المرجح أن تكون أسباب الفوارق فى الأعمار بين الجنسين عضوية إلى حد كبير، فالفوارق بين الطبقات هى بصورة رئيسية مسألة الظروف الاجتماعية - الاقتصادية المختلفة التى يعيش الناس فيها. وكانت الحكومات تميل فى الماضى إلى استخدام الافتقار إلى معرفة الأسباب الدقيقة عذراً لعدم القيام بأى عمل، لكنه عذر يزداد ضعفاً يوماً بعد يوم. ولو أن العلاقة بين الصحة والحرمان كانت مفهومة بالوضوح نفسه كالعلاقة بين الافتقار إلى الوقود والوفاة بين كبار السن من داء البرودة (الانخفاض غير الطبيعى فى حرارة الجسم) لكان من الصعب مقاومة المطالبة باتخاذ إجراء ما. وفى بريطانيا طالبت وسائل الإعلام على اختلاف توجهاتها السياسية باتخاذ إجراء ما بشأن داء البرودة، وكانت النتيجة أن قامت الحكومة رغم مقاومتها الشديدة بالبدء فى إحداث نظام من بدلات الطقس البارد الإضافية للمحاليين على المعاش لإنفاقها على زيادة التدفئة، وبعد ذلك تعويض هؤلاء المحاليين على المعاش وغيرهم من نوى الدخل المنخفض عن الضريبة الإضافية المفروضة على أسعار الوقود. ومع تقدم الأبحاث حول العوامل الاجتماعية - الاقتصادية المحددة للصحة وازدياد فهم العامة للمسائل المتعلقة بها - ستصبح المطالبة بالإصلاح الاجتماعى أمراً لا يمكن إيقافه. فازدياد المعرفة يغير كلاً من أخلاقيات الوضع القائم ومعقوليته، ويحول الكسل الرسمى المبرر إلى إهمال يستحق اللوم.

وفى هذا المجال إمكانية كامنة لتوفير أساس لإصلاح البيئة الاجتماعية مساوٍ لإصلاحات البيئة الطبيعية التى أحدثتها حركة الصحة العامة التى بدأت فى العصر الفيكتورى. ومثلما تجاوزت فوائد تلك الإصلاحات الصحة لتشمل جودة الحياة؛ فإن الإصلاحات التى يجعلها إدراك العوامل الاجتماعية المحددة للصحة ضرورية ستحسن أيضاً جودة الحياة بالإضافة إلى الصحة.

والبديل المعهود لمقياس جودة الحياة هو الدخل بالطبع. ولكن بدلاً من توفير الدليل التجريبي عن طريقة تأثر الكائنات البشرية بجودة البيئة الاجتماعية والاقتصادية والطبيعية مثلما تفعل الصحة، يأتى معنى الدخل من ميلنا إلى الاعتقاد - الذى هو جزء من العقيدة الاقتصادية لمجتمعنا - بأنه وسيلة تحقيق الإنسان لذاته، أى أن تحقيق الذات يمكن شراؤه. وعلى

المستوى الاجتماعي؛ لأن الدخل يوفر لكل شخص حرية وقوة أكبر في السعي إلى أى شىء يرغب فيه، فإن غنى المجتمع يستخدم كأفضل مقياس بديل يقاس به صلاحه. وفى غياب أية مقاييس جيدة للأوجه الأخرى للرفاهة الاجتماعية؛ فإن حقيقة أن الدخل يوفر مقياساً صحيحاً لقوتنا على الاستهلاك تعنى أننا ننزلق بتشجيع من علماء الاقتصاد إلى الاعتقاد بأن الاستهلاك، بدلاً من أن يكون شرطاً مسبقاً ضرورياً للحياة، هو معنى الحياة. وتبدو النظرية الاقتصادية فى عدد مفرط من المرات بأنها توحى إما أن لدينا رغبة فطرية فى الاستهلاك إلى أقصى حد أو أنه لم يوضع أى هدف لتبنى السلوك "العقلاني" سوى الاستهلاك. ولكن على المستوى السكانى، يعطى الدخل والصحة تعريفين للمجتمع "الصالح" مختلفين بعض الشيء. ويبدو أن أهم اختلاف بينهما هو أن الدخل يتجاهل أهمية الحياة الاجتماعية التى تؤكد الصحة عليها.

ولقد جرت عدة محاولات لتحسين الإنتاج القومى الإجمالى للفرد بصفته مقياساً لرفاهة المجتمع. ووضعت مقاييس سميت "مقاييس الرفاهة الاقتصادية" تقوم - ضمن أشياء أخرى - بخصم بعض العلل الاقتصادية من الدخل القومى، مثل تلوث الهواء وحوادث اصطدام السيارات التى تستدعى نفقات إضافية دون أن تضيف إلى الرفاهة الصافية (ديلى Daley وكوب Cobb ١٩٩٠؛ جاكسون Jackson وماركس Marks ١٩٩٤). لكن رغم تلك الجهود سيكون للدخل إخفاقان رئيسيان إذا استخدم أساساً لقياس الرفاهة. الأول أنه أساساً غير قادر على قياس التغيير النوعى. فمع تطور المنتجات عبر السنين وظهور أنواع جديدة من المنتجات فى السوق، لا توجد أية طريقة يمكن بها للمؤشرات الاقتصادية أن تقوم أهميتها المتغيرة بالنسبة للرفاهة. إن المؤشرات المالية لا تعطى ملخصاً وافياً لازدياد الثروة، إلا إذا اقتصرَت العملية الاقتصادية التى نزداد بواسطتها ثراء على أن توفر لنا سلسلة السلع والخدمات نفسها التى كان أبائنا وأجدادنا يتمتعون بها. ولأن معظم التحول الذى يحدثه التطور الاقتصادى ينطوى على تغيير نوعى، لا فى الاستهلاك فحسب بل فى كل وجه من وجوه الطريقة التى نعيش بها، فإن المؤشرات المالية تخفق فى الانتباه إلى معظم الأمور الهامة. وحتى الأساس الذى يقوم عليه مؤشر بسيط مثل مؤشر أسعار التجزئة تحبطه عملية التغيير النوعى المستمرة فى البضائع والخدمات التى نستخدمها (سيجال Siegal ١٩٩٤).

والإخفاق الثانى لمقاييس الرفاهة الاقتصادية هو أنها كما يوحي اسمها تغفل الرفاهة الاجتماعية. والتغيرات الاجتماعية الهائلة التى تحملها التطورات الاقتصادية شديدة الأهمية بالنسبة للرفاهة الإنسانية. وحتى قبل أن تصعد المجتمعات فوق المستويات الأساسية التى تمثل الحد الأدنى من موارد الرزق فإن رهاقة الناس تعتمد اعتماداً كبيراً على البيئة الاجتماعية. وفى الدول المتقدمة حيث المستويات المادية الأساسية بالنسبة لأغلبية عظمى من السكان أعلى بكثير من الحد الأدنى؛ تصبح الرفاهة الاجتماعية جزءاً من الصورة أكبر حجماً.

إن قدرة الأبحاث الصحية على توضيح قضايا هامة تتعلق بالرفاهة الاجتماعية ونوعية الحياة لا تستند إلى افتراضات بديهية؛ فالصحة حساسة للتغيرات النوعية والكمية فى الحياة المادية والاجتماعية. ولو ظهر أن الصحة الجيدة هى ببساطة مسألة تجنب الشوكولاته ورقائق البطاطس وبضع رذائل جذابة أخرى، منها الكسل والنهم والبطالة، ... إلخ. - لبدأ أنه فى بعض الجوانب الهامة هناك علاقة عكسية بين الصحة وجودة الحياة. ويبدو للكثيرين أن الصحة تنطوى على التضحية بالسعادة. لكن الأبحاث أظهرت أن الصحة حساسة جداً لا للسعادة فحسب، بل أيضاً لجوانب معينة من الرفاهة الاجتماعية. والقنوات النفسية التى تتأثر الصحة من خلالها تعنى أنها قادرة على توفير نافذة على التجربة النفسية - الاجتماعية الذاتية، وتظهر لنا كيف أننا نتأثر بسمات هامة من التنظيم الاجتماعى. وسننظر إلى الأدلة على ذلك فى الفصول السادس والثامن والتاسع.

وتزداد قدرة الأبحاث على تسجيل وتوثيق التكاليف البشرية لسمات معينة من البنية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات الحديثة. وبصورة خاصة يزداد وضوح الأسباب والسبل الكامنة المسؤولة عن أعداد الوفيات المفرطة التى تحدث فى شرائح المجتمع الأكثر حرماناً. وبصورة ليست بعيدة عن التوقع، تشترك النقاط الرئيسية العريضة لهذه الأسباب والسبل فى أمور كثيرة مع عدد من المشكلات الاجتماعية الأخرى، بما فى ذلك الاضطرابات العاطفية أثناء الطفولة والأداء الدراسى السيء والجريمة والعنف.

وتفرض المشكلات المرتبطة بالحرمان تكاليف إضافية على المجتمع بطرق مختلفة متعددة. ويتم ذلك جزئياً من خلال الحاجة إلى خدمات إضافية - سواء أكان ذلك مسألة ازدياد



أعداد السجناء أو خدمات طبية إضافية أو التعامل مع صراعات أكثر في فصول المدارس أو تكاليف إدمان المخدرات أو الخدمات الاجتماعية أو أيًا كان الأمر. كما تترتب التكاليف أيضاً من خلال الحاجة إلى تقديم دفعات تأمينات اجتماعية إلى الأشخاص الذين ضعفت معنوياتهم أو أصبحوا غير مؤهلين بسبب ظروفهم الاجتماعية وعدم توافر الفرص التعليمية وفرص العمل. وبالإضافة إلى التكاليف الحكومية هناك أيضاً التكاليف الخاصة، مثل الأنظمة الأمنية المطورة - الأقفال وأجهزة الإنذار والمراقبة المستمرة - المطلوبة لحماية الأملاك، أو التكاليف البشرية المرتبطة بالخوف من عنف الشوارع وما يفرضه من تقييد للحرية الشخصية.

وجميع هذه التكاليف - الحكومية منها والخاصة، المالية والاجتماعية - هي تكاليف التعامل مع أعراض الإخفاق الاجتماعي للمجتمعات الحديثة، وليس مع مسبباته. وتؤدي الممانعة في إقرار التغييرات في البنى الاجتماعية - الاقتصادية التي تخلق تلك المشكلات إلى تراكم التكاليف التي يمكن عزوها إلى عدم إصلاح الهيكل الاجتماعي. إننا ندفع لأننا لا نقوم بأية تغييرات، ومن المفترض أن ما ندفعه هو ثمن التناقضات المتنامية التي لا بد لها في مرحلة معينة من أن تؤدي إلى تغيير في النظام الاجتماعي السائد. وهذا بصورة جوهرية هو مصدر أزمة دولة الرفاهية التي يواجهها العالم المتقدم بدرجة كبيرة.

وحين تبقى البنية الاجتماعية والاقتصادية بدون إصلاح؛ فإنها تسبب مشكلات تفرض أعباء من التكاليف على المجتمع بأسره، وخاصة على القطاع العام. وتلك الأعباء وما يرافقها من إهدار الموارد البشرية لأقلية كبيرة من السكان تعوق الأداء الاقتصادي والروح التنافسية إعاقاً بالغة. ولا يؤدي ضعف الأداء الاقتصادي إلى تعميق مدى الإخفاق الاجتماعي للمجتمع وتوسيعه من خلال زيادة البطالة والفقر النسبي فحسب، بل يخفض أيضاً من قدرة الأمة على تسديد تكاليف الإخفاق. فمع ازدياد نسبة هبوط السكان إلى مستوى الفقر النسبي؛ يتحول الأشخاص من كونهم مساهمين بصورة تامة في الرفاهية الاجتماعية إلى كونهم عالة اجتماعية عليها بصورة تامة. وهذا بدوره يشكل تهديداً إضافياً للرخاء، وبذلك يؤكد الحلقة المفرغة التي تزيد من العبء الاجتماعي، وفي الوقت نفسه تعوق قدرة المجتمع على الاستجابة

الفعالة لذلك العبء. وتبين الأدلة العالمية التى سنستعرضها فى الفصل الحادى عشر أنه بدلاً من الاضطرار للاختيار بين المساواة والنمو الاقتصادى فإن قدراً أكبر من المساواة يرتبط فى النظام الاقتصادى الحديث بالنمو الأسرع.

إذا كان النوع الوحيد من الإصلاح الذى يمكن لواضعى السياسة رؤيته هو إضافة خدمات باهظة التكاليف فى معركة للاستمرار فى مسايرة الأضرار الاجتماعية المتنامية، فإن السياسيين سيعتقدون أنه لا يوجد أى حل: فمن المرجح أن الأحزاب السياسية يسارية كانت أم يمينية لن تعتقد أن بوسعها إضافة زيادات كبيرة فى النفقات الحكومية، وستقع المطالبات بخدمات إضافية على أذان صماء. كما أن الحل ليس فى خفض المزايا والخدمات، فى حين يبقى النظام الذى أوجد الحاجة لتلك المزايا والخدمات. فمن وجهة النظر الاجتماعية سيقابل ذلك خفض ارتفاع التكاليف الاجتماعية. والحل الحقيقى هو التعرف على مزيد من التغييرات الجوهرية التى لا تتطلب سوى التكاليف الأولية المطلوبة للقيام بالتغييرات الوقائية الضرورية فى هياكل المؤسسات.

وتبين المقارنات الدولية وجود اختلافات هامة جداً فى نطاق المشكلات الاجتماعية التى تواجهها الدول المختلفة. فمن جهة هناك دول مثل الولايات المتحدة، ومثل الشكل الذى أخذت بريطانيا فى التحول إليه بصورة متزايدة، فيها معدلات جريمة عالية وأعداد كبيرة من السجناء ومستويات تعليمية منخفضة وصور من التفاوت الصحى الكبير، ومستويات عامة للصحة ضعيفة نسبياً. ومن جهة أخرى هناك دول مثل اليابان والسويد فيها - أو كانت على الأقل حتى أواخر الثمانينات من القرن العشرين - معدلات جريمة منخفضة، وصور من التفاوت الصحى الضئيل ومستويات تعليمية مرتفعة وأعلى متوسط للعمر المتوقع فى العالم. هذه الفوارق تبين أن بعض الدول استطاعت أن تحقق نتائج أفضل بكثير مما حققتها الدول الأخرى من النظام الاجتماعى والاقتصادى الأساسى الذى تشترك فيه جميع تلك الدول. ومن المؤكد أن ذلك يشهد على الأهمية الإجمالية لأن تكون العلاقة بين الاقتصاد والمجتمع صحيحة.



## الفصل الثالث

### ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة والتحول الوبائي

هناك سمتان من سمات الصحة السكانية تلفتان النظر أكثر من جميع السمات الأخرى وكلتاها غير مفهومتين بشكل صحيح. فليس هناك تفسير وافٍ لنزعة الارتفاع المستمر في متوسط العمر المتوقع عند الولادة وفي مستويات الصحة في معظم دول العالم، ومازلنا عاجزين عن فهم السبب في أن الصحة تختلف بهذه الحدة مع الفوارق في المركز الاجتماعي - الاقتصادي ضمن كل بلد. في هذا الفصل سنبحث أولى هاتين القضيتين. وتشكل الفوارق في الصحة ضمن البلد الواحد موضوع الفصل التالي.

في معظم أرجاء العالم يستمر متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الازدياد من جيل إلى الجيل التالي. ففي العالم المتقدم يضاف ما بين عامين وثلاثة أعوام إلى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع مرور كل عقد من الزمن. وهذه إلى حد كبير أهم عملية تؤثر في الصحة البشرية على كلا النطاقين القومي والعالمي، ومع ذلك فمعرفة أسبابها محدودة جداً. وكما سنرى فإن أياً من التفسيرات المفترضة مثل تطور العلوم الطبية وإجراءات الصحة العامة وفوائد النمو الاقتصادي لا تتفق مع المعطيات على الإطلاق. ومن المؤكد أننا لم نصبح واعين لدى الفجوة الجوهرية الموجودة في معرفتنا، إلا حين تمكنا من رؤية ما هو خطأ في مثل تلك التفسيرات. وعلى الرغم من أن الدول المتقدمة قد نعمت بمزايا الزيادات المستمرة بلا انقطاع تقريباً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة منذ قرن على الأقل، فنحن نفتقر إلى النظريات التي تستطيع مجرد البدء في التوافق مع البيانات.

وقد يكون من المهم في البداية ملاحظة أنه في حين أن الزيادات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة هي المسؤولة إلى حد بعيد عن الزيادات الكبيرة في نسبة كبار السن في الدول المتقدمة، فإن هذا ليس بسبب أن زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة جعلت كبار يعيشون حياة أطول. فعلى الرغم من أن الأشخاص في العقد الثامن والتاسع من العمر يعيشون بالفعل حياة أطول بقليل مما كانوا في السابق، إلا أن التحسن الحقيقي جاء في

خفض معدلات الوفاة بين الأشخاص الأقل عمراً، وبصورة إجمالية كلما كانت المجموعة أصغر عمراً؛ ازداد انخفاض معدلات الوفاة بين أفرادها. وحدث أكبر هبوط فى وفيات الرضع، تلاه انخفاضات كبيرة فى الوفيات بين الأطفال، ثم انخفاضات تقل باستمرار بين البالغين الأصغر والأكبر سناً. وهكذا على الرغم من أن معدلات وفيات الأشخاص فى العقدين الثامن والتاسع من العمر كانت أقل المعدلات تغيراً منذ القرن التاسع عشر؛ فإن نسبة الأشخاص الذين يصلون الآن إلى سن الهرم أعلى بكثير.

سنبدأ بالنظر إلى أسباب الارتفاع التاريخي لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة، ثم نمضى لبحث ما يحتمل أن يكون كامناً وراء الاتجاهات الحالية.

إن معظم الانخفاض فى معدلات الوفيات فى الدول المتقدمة منذ القرن التاسع عشر كان انخفاضاً فى معدلات الوفيات من الأمراض السارية. (وكون أن الانخفاض فى الآونة الأخيرة هو بصورة رئيسية انخفاض فى الوفيات بسبب الأمراض التنكسية هو أحد الأسباب الهامة لإبقاء الماضى والحاضر منفصلين فى هذه المناقشة.) وقد بين ماكينون McKeown فى عمله الواسع التأثير أن الغالبية العظمى من نسبة انخفاض الوفيات من الأمراض السارية حدثت قبل أن يأتى الطب بعلاجات مثمرة وإكساب فعال للمناعة (ماكينون وآخرون ١٩٧٥). وخلص إلى أن ذلك يعنى أن التغير لم يكن نتيجة استخدام العلوم الطبية. فقد تضاعلت نسب الوفيات بسرعة منذ أواخر القرن التاسع عشر. ومن الناحية النظرية يعنى استخدام جنر Jenner لجدري البقر فى التلقيح (الكلمة الإنجليزية للتلقيح vaccination مشتقة من vacca التى تعنى بقرة) ضد الجدري منذ وقت مبكر يعود إلى عام ١٧٩٦م، أن انخفاض الوفيات من الجدري قد يكون حالة استثنائية كان الطب فيها هو الذى حقق التغير. لكن نزعة الهبوط فى عدد الوفيات تبدو مساوية إلى حد كبير للانخفاض فى وفيات الأمراض الأخرى التى لم يكن التلقيح متوافراً لها، ولا يبدو أن هناك سبباً للاعتقاد أن التلقيح قام بأكثر من مساهمة ثانوية فى نزعة الهبوط التى خضعت للعوامل الكامنة نفسها التى خضع لها الهبوط فى أعداد الوفيات من الأمراض الأخرى.

وحقيقة أن الطب عاجز عن تفسير معظم الانخفاض في حالات الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية ليست بالطبع دليلاً على أن العناية الطبية غير مثمرة. إنها تعنى أن فعالية تلك العناية جاءت في هذه الحالة متأخرة إلى درجة أنها لا تفسر أى شئ سوى جزء بسيط من الانخفاض في الوفيات التي تسببها الأمراض السارية. لكن تقديرات المساهمة الراهنة التي تقدمها الرعاية الطبية الحديثة في ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة في العالم المتقدم لا توحى أن تلك المساهمة تستطيع تفسير جزء كبير من الزيادة المطردة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ويوحى أكثر التقديرات الأخيرة سخاء، وهو تقدير يستند إلى تحليل الإجراءات الطبية الرئيسية بما فيها أشكال الوقاية الطبية مثل الفحص الجماعي وإكساب المناعة، أن الجهد الطبي الحديث بأكمله لا يضيف أكثر من فارق خمس سنوات تقريباً إلى متوسط العمر المتوقع عند الولادة في العصر الحديث (بنكر وآخرون. 1994 Bunker *et al.*). ومعظم هذه المساهمة ناتجة عن المعالجة وليس عن الوقاية. وهناك مؤشرات أخرى توحى أن دور الطب قد يكون أقل من ذلك إلى حد بعيد. وحتى بين أسباب الوفاة التي يكون العلاج الطبي فيها أكثر فعالية تبقى العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحددة للوفيات أكثر قوة بصورة جوهرية (ماكيناك وآخرون. Mackenbach *et al.*).

والافتراض الشائع أن تأمين المياه والمجاري النظيفة يفسر التحسنات الماضية في الصحة يتجاهل أن معظم الانخفاض في الوفيات كان في مجال الأمراض التي ينقلها الهواء وليس الماء. لكن يجب أن نلاحظ أن زرتير Szreter (1988) قال إنه من المحتمل أن الإجراءات الصحية العامة كانت ذات أهمية لا تقتصر على الأمراض التي تنقلها المياه، وذلك جزئياً؛ لأن من المحتمل أن أية إجراءات خفضت من الهجوم المتصافر للأمراض على أنظمتنا المناعية جعلتنا أكثر قدرة على التغلب على الأمراض السارية الأخرى.

وهناك بعض الأمراض مثل الهيضة (الكوليرا) قُضى عليها بشكل كامل تقريباً. وكان من الممكن إضافة السل إلى تلك الفئة لولا ظهوره المرتبط بازدياد الفقر مؤخراً في الثمانينيات من القرن العشرين. وما حدث بين معظم الأمراض السارية الفتاكة الرئيسية الأخرى في القرن التاسع عشر (مثل السعال الديكي والأنفلونزا والدفتريا والحصبة والحمى القرمزية)

هو أنه على الرغم من استمرار احتمال إصابتنا بها إذا لم نُكسب المناعة، فإنها تدريجياً أصبحت أمراضاً أقل خطورة. وأصبحت عدة منها أمراضاً سارية عادية في الطفولة يمكن إغفال نسبة الوفيات منها (إذا كان "يمكن إغفال" أية نسبة وفيات أثناء الطفولة). مازلنا جميعنا نصاب بأنواع جديدة من الأنفلونزا، ولكنها لا تعتبر مهددة للحياة إلا لدى كبار نوى الأجسام الضعيفة. والمشكلة هي فهم السبب في أن خطورة هذه الأمراض قد انخفضت. هل زادت مقاومة الإنسان أم أن فوعة (خبث) الكائنات الناقلة للعدوى قد انخفضت؟ هل نحن الذين تغيرنا أم هي؟

وبعد استبعاد التفسيرات المبنية على أساس العناية الطبية لجأ ماكيون إلى الزيادات في مستوى المعيشة، وخاصة التحسن في التغذية والسكن، على اعتبار أنها التفسيرات الأرجح احتمالاً لضعف تأثير الأمراض السارية. لكنه لم يعط أية أدلة إحصائية أو أدلة أخرى ذات علاقة بالمسألة، بل توصل إلى تلك النتيجة على أساس أنها الشيء الوحيد المتبقى بعد استبعاد التفسيرات الأخرى على النحو المبين أعلاه (ماكيون وآخرون ١٩٧٥). وقد بحث في احتمال أن تكون الكائنات الناقلة للعدوى قد طورت أشكالاً أقل فوعة، لكنه خلص إلى أن ذلك احتمال في حالة أو حالتين ولا يحتمل أن يكون التفسير الأساسي. وبالإضافة إلى الحجة التي يسوقها ماكيون ينبغي للمرء أن يتذكر أن تلك الأمراض استمرت في كونها الأمراض الفتاكة الرئيسية في الدول الأكثر فقراً، ويفترض أن ذلك ليس بسبب أن لها سلالات مختلفة تماماً.

هناك احتمال لا يتناوله ماكيون بصورة جيدة وهو أن المخلوقات البشرية أصبحت أقل عرضة للإصابة لأسباب وراثية لا لأسباب بيئية؛ فالأمراض ذات المعدلات العالية جداً للوفاة في الطفولة تمارس تأثيراً انتقائياً شديداً الفعالية، فهي تقتل نسبة عالية من الأشخاص الأكثر استعداداً قبل أن يكبروا ويورثوا جيناتهم للجيل التالي. وعلى الرغم من أن الحقبة التي كنا فيها معرضين لمعدلات وفيات عالية لم تكن طويلة بما يكفي لانتقاء طفرات جينية جديدة توفر مستويات أعلى من مقاومة تلك الأمراض، فمن الممكن جداً أنها كانت طويلة بشكل كافٍ لأن تشكل مجموعة سكانية مولدة بشكل انتقائي من أقسام التنوعات الجينية

الموجودة بين السكان التي تتمتع بأعلى قدر من المقاومة. ولأن أعلى معدلات الوفاة من هذه الأمراض هي بين الأطفال؛ فإن الأفراد الأكثر استعداداً للإصابة بها من السكان يموتون قبل أن يكبروا وينجبوا أطفالاً. وإذا كانت المجموعة الأساسية من جينات السكان قد احتوت على نسبة من الأشخاص الذين لديهم أجهزة مناعية قادرة على التخلص من تلك الأمراض السارية، فلا بد أن جينات أولئك الأشخاص قد زادت تواترها بسرعة بين السكان جيلاً بعد جيل.

وقد يكون من الممكن اختبار مثل هذا التفسير بتخطيط نموذج رياضي لكل مرض بين السكان. ويمكن استخدام معدل حالات البقاء الأولى كمؤشر لمدى تواتر ظهور مستوى كافٍ من المقاومة بين السكان. ويتبين مدى السرعة التي تم بها انتقاء ذلك المستوى من المقاومة وتفضيله لتكوين السلالة المنجبة للجيل التالي، من معدل الوفيات الناجمة عن ذلك المرض بين السكان الأصغر من سن الإنجاب. ويمكن التأكد من تلك الحسابات بمقارنتها مع الانخفاض المتنبأ به في معدل حالات الوفاة من المرض في الجيل التالي. ومن الممكن عندئذ رؤية ما إذا كان شكل منحنى انخفاض الوفيات ينسجم مع تفسير من ذلك القبيل.

وقد تم شيء من هذا النوع من تخطيط نماذج الأمراض السارية بالنسبة لأمراض الأنواع الأخرى (مثل الورام المخاطي بين الأرانب)، لكن لم يقم به أحد بين مجموعات بشرية. ومع ذلك فإن برنيت Burnet يعطى دليلاً مثيراً من مجتمعات أخرى عن انخفاض معدلات حالات الوفاة من المرض في غياب التطور الاقتصادي - ويتميز هذا بأنه يستبعد ارتفاع مستوى المعيشة كتفسير بديل (برنيت ووايت White ١٩٧٢). وهناك اتجاه واسع الانتشار بين الأمراض التي أدخلت مؤخراً بين مجموعات سكانية لأن تكون ذات معدلات وفيات شديدة الارتفاع؛ فالمهاجرون الأوروبيون إلى قارات أخرى في القرون الماضية جلبوا أمراضاً أهلكت فعلياً المجموعات السكانية المحلية. وبصورة مماثلة كان المهاجرون يصابون بأعداد كبيرة بأمراض كانت أول معرفتهم بها في الدول الأخرى. وتبدأ معدلات الوفاة من المرض في الانحسار عادة بعد بضعة أجيال. ويذكر برنيت مثال مرض السل في موريشيوس حيث يقول إن الأمر يتطلب أكثر بقليل من مائة عام بعد الاحتكاك الأول لأحد الأعراق مع السل



لتطور مقاومة للمرض معادلة لمقاومة السكان الأوروبيين له<sup>٢</sup> (المصدر السابق نفسه: ص ٢١٩). ويقول إن نمط الإصابة بالسل بين الهنود الأمريكيين كان مشابهاً إلى حد كبير.

لكن حقيقة أن لدينا مؤشرات على عودة السل للظهور مع ازدياد الفقر الذى حدث مؤخراً فى بعض الدول المتقدمة توحى أنه لا بد من وجود عنصر أساسى بيئى فى تقهقر الأمراض السارية. وبالإضافة إلى ذلك، لو لم تحافظ مستويات المعيشة الحديثة على المستويات الحديثة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة لما وجد سبب لهبوط معدلات الوفيات إلى أقل من المعدلات التى كانت طبيعية فى القرون الماضية. وتكون نظرية الانتقاء الجينى مناسبة جداً لتفسير العودة البطيئة إلى مستويات الوفيات "الطبيعية" بعد ارتفاع مفاجئ فى الوفيات سببه إدخال مرض جديد. لكن ما نراه هو انخفاض فى جميع المسببات السارية للموت بعد أن كانت الأمراض السارية هى الأسباب الرئيسية للوفاة لعدد من القرون أكبر بكثير من فترة المائة عام التى يقترح برنيت أنها كانت كافية للانتقاء الجينى: كى يخفض معدلات وفيات السل فى موريشيوس. ولأن النمط التاريخى ليس فى أساسه مسألة تجاوز ارتفاع وفيات فى وفيات الأمراض السارية قبل العودة إلى معدلات الوفاة التى كانت موجودة من قبل، وإنما هو خلافاً لذلك انخفاض فى وفيات الأمراض السارية من جميع الأنواع إلى مستويات لم تعرفها أية حقبة تاريخية سابقة، فالمكانة الأولى إذن يجب أن تعطى للارتفاع فى مستوى المعيشة.

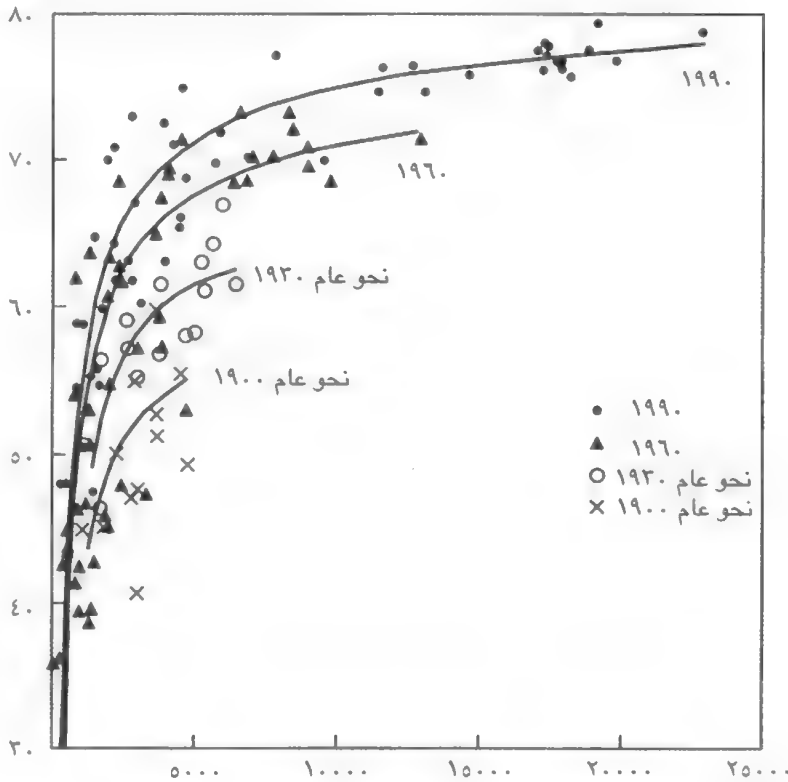
وسننتقل الآن لمشاهدة ما قد يكمن وراء التحسن المستمر فى المعايير الصحية فى العالم الحديث. ويبين الشكل (٣ - ١) الصورة العريضة، فهو يصف العلاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة عند الولادة للرجال والنساء مجتمعين بين دول فى مختلف مراحل النمو. وتمثل كل نقطة دولة من الدول، وتبين المنحنيات الأربعة العلاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة كما كانت فى الأعوام ١٩٠٠ و ١٩٣٠ و ١٩٦٠ و ١٩٩٠ م.

وعند المستويات المنخفضة من إجمالى الإنتاج القومى للفرد كانت هناك فى كل نقطة زمنية علاقة ظاهرة بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة تتمثل فى أن الاثنين على ما يبدو

يرتفعان معاً. ولكن يبدو أن العلاقة تختفى عند المستويات الأعلى من إجمالي الإنتاج القومي للفرد، ففي كل نقطة زمنية يأخذ المنحنى بالانبساط ويميل لأن يصبح أفقياً. ويوحى هذا أنه عندما تصل الدول إلى مستوى عتبة معينة من الدخل (نحو ٥٠٠٠ دولار أمريكي للفرد في عام ١٩٩٠)، يصل متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى وضع مستقر وتتوقف الزيادات الإضافية في إجمالي الإنتاج القومي للفرد عن الارتباط بزيادات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

### الشكل (٢-١): متوسط العمر المتوقع عند الولادة والدخل للفرد في دول وفترات مختلفة

العمر المتوقع (بالسنوات)



الدخل للفرد (دولارات عالمية ١٩٩١)

المصدر: البنك الدولي، تقرير البنك الدولي، ١٩٩٣

ولكن زيادة مقدارها على سبيل المثال (٥٠٠) دولار أمريكي للفرد ليست سوى زيادة نسبة مئوية ضئيلة جداً في الدول الغنية، رغم أنها زيادة لا يستهان بها في الدول الفقيرة. وقد يسأل المرء عما إذا كانت زيادة نسبة مئوية متساوية في الدخل في الدول الغنية والفقيرة ستكون ذات تأثير متماثل على متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ويمكن فحص هذا الاحتمال ببساطة شديدة بأخذ لوغاريتم إجمالي الدخل القومي للفرد. وعلى أساسه يبدو أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة له ما يقترب جداً من العلاقة الخطية مع الزيادات المتناسبة في إجمالي الإنتاج القومي للفرد. وهذا يعنى أن مضاعفة الدخل من (١٠٠٠) إلى (٢٠٠٠) دولار سنوياً على سبيل المثال يضمن زيادة العدد نفسه من السنوات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة مثل مضاعفته من (١٠٠٠٠) إلى (٢٠٠٠٠) دولار سنوياً. ونجد في أى تاريخ نحدده أن نمطاً من التضارؤ الشديد في العائدات الصحية للزيادات في الدخل يظهر من حقيقة أنه من حيث الأرقام المطلقة تكلف زيادة العدد نفسه من السنوات في العمر المتوقع عند الولادة (١٠٠٠) دولار للفرد في الدول الأفقر و (١٠٠٠٠) دولار في الدول الأغنى. وفي الواقع تبدو التحسنات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في مستويات التنمية الأعلى وكأنها تهبط بشكل ملحوظ تحت الاتجاه الخطى اللوغاريتمى؛ مما يظهر عائدات صحية للزيادات في الدخل متضائلة بصورة أكثر حدة (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤ أ).

ولو أننا لم نتمكن إلا من مشاهدة منحنى عام ١٩٩٠م في الشكل (٣ - ١) فقد نعتقد أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة يتوقف عن الارتفاع؛ لأنه وصل إلى الحد الأعلى من طول العمر بالنسبة للمجموعات البشرية. ولكن حتى دون المنظور الذى توفره لنا منحنيات السنوات السابقة، هناك عدد من الأسباب التى تدفع إلى الاعتقاد أن الأمر ليس كذلك. هناك أولاً النزعة التى لوحظت مؤخراً في الدول المتقدمة ذات المتوسط المرتفع للعمر المتوقع لإظهار انخفاضات في معدلات الوفاة حتى بين المتقدمين في السن. ويزداد بروز هذه النزعة جزئياً بسبب الانخفاض في أمراض القلب الذى يبقى إلى حد كبير بلا تفسير. وثانياً، في الدول التى اتسعت فيها صور عدم المساواة الصحية نرى انخفاض معدلات الوفيات أسرع ما يكون بين الطبقات الاجتماعية التى تتمتع بأعلى متوسط للعمر المتوقع. ولو كنا نصطدم بحاجز يمثل الحد الأعلى لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة قد يتوقع المرء أن يقود ذلك إلى

تضييق على لصور عدم المساواة الصحية أثناء عملية لحاق الفقراء بالأغنياء الذين وصلوا إلى الحاجز. ولا حاجة للقول إنه لم يظهر أى نمط من هذا القبيل بعد.

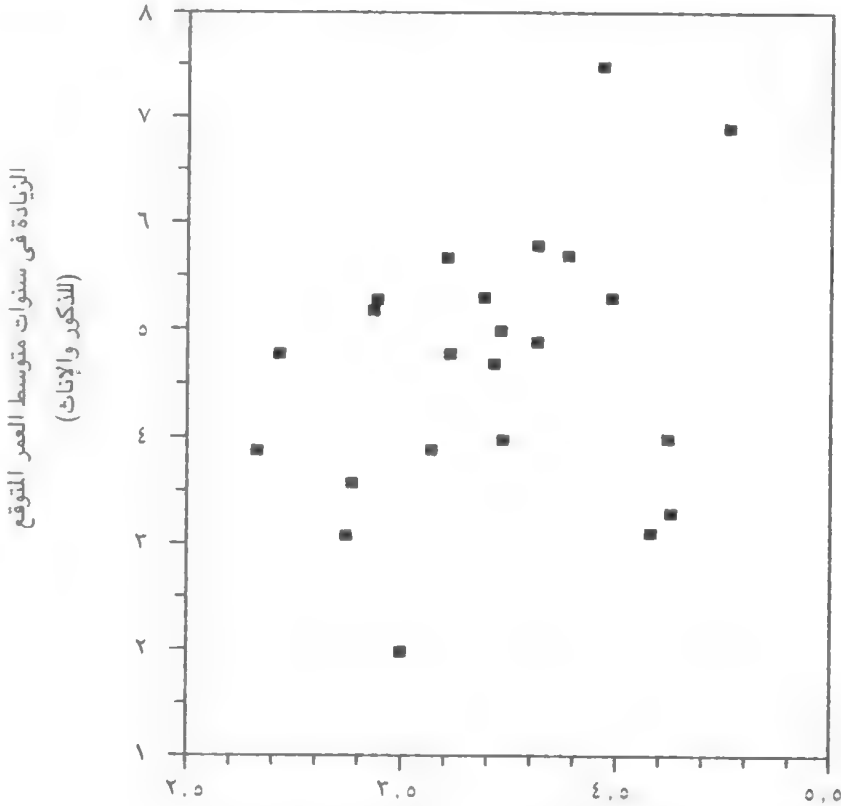
لكن أهم سبب للاعتقاد بأن انبساط المنحنيات فى الشكل (٢ - ١) لا علاقة له بتأناً بالتوصل إلى حدود بيولوجية قطعية لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة لدى الإنسان هو حقيقة أن ذلك المتوسط يستمر فى الارتفاع مع مرور الزمن بمعدل سنتين أو ثلاث لكل عقد من الزمان حتى بين الدول الواقعة على الجزء الأفقى من المنحنى. ولكن قد يكون علينا بدلاً من ذلك أن ننظر إليه كمؤشر على وجود حدود للأعمار المتوقع أن يبلغها الإنسان ضمن أى سياق تاريخى محدد.

وبالنظر إلى منحنيات البيانات المختلفة فى الشكل (٢ - ١) يتضح أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة لا يزداد بتحريك الدول الموجودة على طول منحنى معين منها، بل بالانتقال إلى منحنيات جديدة أعلى. وبالفعل استنتج برستون Preston فى تاريخ مبكر، وهو عام ١٩٧٥م، أن نسبة الارتفاع فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة التى ترتبط بارتفاع مستوى المعيشة لا تزيد على (١٢) بالمائة (برستون ١٩٧٥).

ولكى نتوصل إلى فكرة أوضح عما إذا كانت الصحة تستجيب حقاً لمستويات المعيشة المرتفعة فى الدول الغنية على الجزء المنبسط من الشكل (٢ - ١)؛ سننتقل من بيانات المقطع النموذجى وننظر إلى التغيرات على مدى فترة من الزمن. ويبين الشكل (٢ - ٣) العلاقة بين تغيرات النسب المئوية لإجمالى الدخل القومى للفرد والتغيرات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة على مدى الفترة ١٩٧٠-١٩٩٠م بين دول الأسواق الغنية المتنامية إلى منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية. ويمكن بين هذه الدول مقارنة إجمالى الدخل القومى للفرد فى مجال تعادلات القوة الشرائية بدلاً من مقارنتها حسب الأهواء المتقلبة لأسعار صرف العملات. وهذا يعنى أن الجنيهات والفرنكات والينات،... إلخ، تحول إلى دولارات حسب التكلفة المقارنة لسلة البضائع نفسها فى كل بلد. وبعبارة أخرى فإن التغيرات فى إجمالى الدخل القومى للفرد المبينة فى الشكل (٢ - ٣) هى انعكاسات أكثر دقة للقوة الشرائية الحقيقية فى كل دولة. وتعنى فترة السنوات العشرين سنة التى يقاس التغير على مداها

أن هناك احتمالاً أقل في أن تفسد المقارنات بفعل فترات فتور مجهولة بين التغيرات في إجمالي الدخل القومي للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة.

**الشكل (٢-٢): الزيادة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالنسبة لزيادة النسب المئوية لإجمالي الدخل القومي للفرد في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ١٩٩٠-١٩٧٠.**



النسبة المئوية للزيادة في إجمالي الإنتاج المحلي للفرد  
عند تعادلات القوة الشرائية ١٩٩٠-١٩٧٠م

المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، الحسابات القومية، باريس، والبنك الدولي، الجداول

الولاية، ١٩٩٢م.

وكما لو كان الشكل (٣ - ٢) يريد أن يؤكد نتائج برستون فهو أيضاً لا يظهر أكثر من علاقة شديدة الضعف بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وإجمالي الدخل القومي للفرد. فالارتباط بين التغيرات هو (٠.٣) ويوحى هذا أنه لا يرتبط أكثر من (١٠) بالمائة من التفاوت في معدل زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالتفاوت في إجمالي الدخل القومي للفرد. وتكاد هذه النتيجة أن تكون تكراراً حرفياً لما يستنتجه برستون، رغم حقيقة أن استنتاجه مبني على تحليل للبيانات قبل عشرين عاماً تقريباً. ويعني الاستنتاج عملياً أن بإمكان دولة من الدول أن تحقق معدلات نمو اقتصادي تعادل ضعف ما تحققه دولة أخرى خلال فترة عشرين عاماً دون حدوث تحسنات كبيرة في متوسط العمر المتوقع فيها.

يبدو إذن أن نسبة قد تبلغ (٩٠) بالمائة من الزيادات الحديثة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة التي تتمتع بها الدول الغنية لا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو الاقتصادي بشكل كافٍ لتوليد علاقات متبادلة مع معدلات النمو على المدى الطويل. وتوحى التحاليل أن نحو (١٠) بالمائة من التحسنات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة تأتي من الابتعاد عن منحني الارتفاع الحقيقي للدخل؛ في حين يأتى معظم الباقي البالغ (٩٠) بالمائة من الانتقال من المنحنيات الأدنى إلى الأعلى بين المنحنيات الميئة في الشكل (٣ - ١).

ومن المثير للاهتمام في هذا السياق أنه في حين أن منحنيات المقطع العرضي الأخذة بالانحسار تبين عائدات صحية متضائلة للزيادات في الدخل في أية نقطة زمنية معينة؛ فإن التغيرات مع مرور الزمن توحى أن المستويات المعطاة للدخل الحقيقي ترتبط بمستويات العائدات المحسنة للصحة ترتفع باستمرار. وعملياً تترافق العائدات الصحية المتضائلة للدخل في أية نقطة زمنية مع عائدات متزايدة بمرور الزمن.

ماذا يعنى هذا كله؟ يبدو كأننا أزلنا إلى حد كبير ما تبقى من تفسير ماكيون لانخفاض معدلات الوفاة على أساس ارتفاع الدخل في الدول المتقدمة خلال العقود الأخيرة، ولكن حتى الآن ليس لدينا ما يحل محله. وعلى التفسير الذى نبحت عنه أن يقوم بوظيفة عنصر متكيف مع الدخل، أى عنصر يفسر السبب في أن نفس إجمالي الدخل القومي للفرد يرتبط مع مرور الزمن بمستويات من متوسط العمر المتوقع عند الولادة تزداد علواً باستمرار؛ مما يجعلنا ننقل إلى منحنيات في الشكل (٣ - ١) كل منها أعلى من سابقة.

ولا يعلم أحد ما هو ذلك العنصر المتكيف مع الدخل. إن أحد الاحتمالات، وهو احتمال غير واضح تماماً، هو ببساطة أن مقاييس النمو الاقتصادي خاطئة. واحتمال آخر هو حدوث تغيرات هامة في الثقافة النفسية - الاجتماعية للمجتمعات الحديثة تفيد الصحة وتواكب النمو الاقتصادي دون أن تكون على ارتباط وثيق به. وسنعود إلى هذا الاحتمال الثاني في الفصل الحادي عشر بعد أن نبحث (في الفصلين التاسع والعاشر) الطرق التي تؤثر بها العمليات النفسية - الاجتماعية في الصحة. أما الاحتمال الأول فهو يخص فشل المؤشرات الاقتصادية في قياس التغير النوعي.

إن مؤشرات النمو الاقتصادي والزيادات في الدخل الحقيقي كانت ستؤدي عملها على أفضل وجه لو كنا ببساطة نزداد ثراء بالحصول على قدر أكبر من الأشياء نفسها التي كانت لدى أسلافنا الفيكتوريين [في النصف الثاني من القرن التاسع عشر]. وكون التطور الاقتصادي بصورة رئيسية عملية تغير نوعي، ليس في كل أوجه استهلاكنا فحسب، ولكن في جميع جوانب حياتنا الأخرى أيضاً، يعني أن هذا التطور لا يلخص بصورة وافية في المؤشرات الكمية. ونجد في لب المشكلة مؤشرات الأسعار التي تستخدم لتخفيض قيمة المقاييس النقدية للدخل أو للمنتج للتوصل إلى قيم "حقيقية"، أو مقاييس حقيقية للإنتاج للشخص، أو زيادات حقيقية في القوة الشرائية، فهذه المؤشرات ستؤدي عملها على أفضل وجه لو أن جودة السلع كانت ثابتة، وأمكن رؤية مدى تغير أسعار كل صنف، ولنقل المعاطف والسيارات وزيت التدفئة،... إلخ. وحقيقة أن المواد التي تصنع المعاطف منها تغيرت من الألياف الطبيعية إلى الصناعية، وأن سماكة الألياف الصناعية تبلغ الآن جزءاً من خمسين جزءاً مما كانت عليه، مما يعطي الأنسجة خصائص مختلفة تماماً، وأن بعض الأقمشة مقاومة للماء لكنها قادرة على "التنفس"، وأن الألياف الصناعية أكثر تحملاً بكثير مما يجعلها قابلة للدخل في أقمشة مزيج من الألياف الطبيعية والصناعية، وأن الأقمشة أقل انكماشاً، وأن احتمال زوال الألوان بالغسيل قد قل، وأن السيارات أصبحت أسرع وأكثر أماناً وراحة وأقل استهلاكاً للنفط مما كانت عليه، وأن الوقود المنزلي تحول من

الفحم إلى الغاز ثم الكهرباء، وأن الغاز يحرق في سخانات تدفئة مركزية أعلى كفاءة بكثير مما يجعل مستوى معيناً من استهلاك الوقود يولد قدراً أكبر من الحرارة - كل هذه التغيرات تجعل من شبه المستحيل على مؤشرات الأسعار أن تقارن الشيء بمثيله.

وفي مجالات مثل الحاسوب التي تتحسن الجودة فيها على أسرع نطاق، توحى الحسابات المعدلة حسب النوعية أن أسعار الحاسوب انخفضت ومازالت تنخفض بمعدل سنوى قدره (٢٥) بالمائة. لكن التعقيد الذى تنطوى عليه محاولة إعطاء تقديرات مناسبة لمستوى التحسن فى النوعية لكل صنف من البضائع فى مؤشر للأسعار تعنى أن مؤشرات الأسعار ليست معدلة بشكل وافٍ حسب التغيرات فى النوعية. ومن الناحية العملية يتم تجاهل تحسينات كثيرة فى النوعية يجب موازنتها مع ارتفاع الأسعار. والنتيجة هى أن ما يقال عن التضخم مبالغ فيه ومؤشرات الانتاج أو الدخول الحقيقية مخفّضة بنسبة أعلى مما ينبغى. وهكذا فإن المؤشرات الاقتصادية تعطى الانطباع بأن الزيادات فى مستويات المعيشة أقل مما هى عليه بالفعل.

ورغم وجود بعض المحاولات لتعديل الأرقام حسب النوعية استنتج سيجال Siegal أن مؤشرات أسعار المنتجين تغفل نحو (٤٠) بالمائة من التغيرات فى نوعية البضائع والخدمات. وهذه الحقيقة التى لا يعرفها الكثيرون أقل إثارة للجدل مما قد يتخيل المرء (سيجال ١٩٩٤). ويستشهد سيجال أيضاً ببحث للمجلس القومى للبحوث الاقتصادية، يقول: "لو أجرى استفتاء بين علماء الاقتصاد والإحصاء المحترفين فالأرجح أنهم بأغلبية واسعة سيعتبرون فشل مؤشرات الأسعار فى أن تدخل التغيرات النوعية فى الاعتبار بصورة كاملة هو أكبر عيب فى تلك المؤشرات" (المصدر نفسه، ص ٣٠). وقد قدر نوردهاوس Nordhaus التغيرات المعدلة حسب النوعية فى سعر الإضاءة لكل ساعة لومن<sup>(١)</sup> منذ بداية القرن التاسع عشر (نوردهاوس ١٩٩٤). واستنتج أن مؤشرات الأسعار التقليدية ستظهر زيادة (١٨٠) بالمائة فى سعر الإضاءة فى مقابل الانخفاض البالغ (٨٠٠) بالمائة الذى توحى حساباته بأنه ما حدث بالفعل.

(١) اللومن Lumen وحدة لقياس الضوء (المترجم).



والنتيجة ليست أن لدينا فكرة خاطئة عن التضخم فحسب، بل إن كل سلسلة من الأرقام يخفضها مؤشر للأسعار خاطئة. فلو أن معدل النمو بلغ (٢) بالمائة سنوياً على مدى الدورة التجارية،<sup>(٢)</sup> وجرى تخفيضه ولو بمقدار (١) بالمائة أكثر مما كان يجب أن يخفّض، فإن مقياس النمو سيُخفّض إلى النصف معدل النمو الفعلي الحقيقي بعد تعديله حسب النوعية. ومع اعتراف نوردهاوس أن تأثير التغير الفني في حقول كثيرة كان أقل جذرية بكثير من تأثيره في مجال الإضاءة، فهو مع ذلك يعطى تقديراً تخمينياً بأن الزيادات في الدخول الحقيقية كانت أكثر بعدة أضعاف مما توحى به المؤشرات التقليدية. ولذلك فمن المحتمل أن تقلل مقاييس الاتجاهات التاريخية في مستويات المعيشة الحقيقية من قيمة التقدم الحقيقي إلى حد بالغ.

ويوحى هذا أنه قد يوجد تحليل بسيط لسبب تحول الأجزاء الصاعدة من المنحنيات في الشكل (٣ - ١) على الأقل نحو اليسار مع مرور الزمن؛ فالمسافة الأفقية بين المنحنيات قد تكون التحسنات في مستويات المعيشة الحقيقية الناتجة عن تحسنات لم تخضع للقياس في نوعية السلع والخدمات. ويمكن تقدير المقدار الذي يمثل جزءاً مما نطلق عليه اسم عامل تكيف الدخل والذي يمكن أن يكون ناتجاً عن التحسنات النوعية غير الخاضعة للقياس بالنظر فيما إذا كان من الممكن للمنحنيات في الشكل (٣ - ١) أن تندمج لو قمنا ببساطة بتحريك المنحنيات الأحدث نحو اليمين. إن من الواضح أنه يجب تحريك الجزء الأعلى من تلك المنحنيات مسافة أكبر نحو اليمين من الجزء السفلي لكي تندمج. لكن هذا أمر معقول، فكلما زاد ابتعاد دولة ما عن السلع التقليدية والطرق التقليدية؛ تزداد مساحة الحياة المادية التي تخضع للتجديد المستمر، ويزداد المقدار المحتمل الذي تتعرض فيه مستويات المعيشة فيها للتقليل من قيمتها. وبعبارة أخرى كلما ارتفع مستوى التطور؛ يزداد التجديد وتغلب التغييرات النوعية في البضائع. وهكذا فإن الأرقام الصحيحة لإجمالي الناتج القومي للفرد تقع بالنسبة للدول الأغنى في موقع إلى اليمين من الأرقام الميمنة في الشكل (٣ - ١) أبعد مما تقع الأرقام الخاصة بالدول الأكثر فقراً. ولا ينزع هذا إلى دمج جزء أكبر من المنحنيات

(٢) الدورة التجارية Business Cycle هي التناوب المعناد بين فترات الرخاء وفترات الركود في التجارة والصناعة (المترجم).

فحسب، بل إنه سيزيد من انبساط الجزء شبه الأفقى من المنحنيات وجعله أكثر قرباً لأن يكون أفقياً حقاً.

ولو أن ما حدث هو مجرد تقليل قيمة الزيادات فى إجمالى الناتج القومى للفرد لكان يمكن الاعتقاد أن ذلك لا يحجب علاقة إحصائية بين الصحة وإجمالى الناتج القومى للفرد؛ فالدرجة التى تستفيد المجتمعات بها من التغيرات النوعية فى المنتج ستكون دالة دائمة على معدلات نموها. ولو كان الأمر كذلك لأدى النمو المقلل من شأنه إلى تغيير الوحدات وليس إلى إضعاف الارتباط بين الطرفين. وسينزع إلى جعل أية زيادة فى الدخل تبدو أكثر تأثيراً فى الصحة. وهذا يعنى إذا استخدمنا التعبيرات الفنية: إنه لن يضعف معامل الارتباط وإنما سيزيد حجم معامل الانحدار. ولكن يمكن الرد على ذلك بأن انتشار البضائع الأفضل لا يعتمد ببساطة على الإنفاق الذى ينتج من ارتفاع الدخل بنسبة مئوية ضئيلة. والأقرب كثيراً إلى الحقيقة هو أنه نتيجة لبطلان استعمال البضائع القديمة واستبدالها فى المتاجر بطرز وأصناف جديدة يتوجه الإنفاق بأكمله إلى سلسلة البضائع الراهنة بما فيها السلع الجديدة والسلع التى حدث تغيير فى نوعيتها. وبعبارة أخرى يستفيد سكان الدول المتقدمة من التحسينات فى نوعية البضائع إلى حد كبير بصورة مستقلة عن مدى الازدياد فى دخلهم، وبالتالي بصورة مستقلة عن معدلات النمو الاقتصادى لديهم.

وتعطى التجربة البريطانية مثالين إيضاحيين قويين للمدى الذى يمكن للسكان فيه الاستفادة من التغير الفنى بغض النظر عن معدلات النمو الاقتصادى. فعلى الرغم من النمو الاقتصادى البطيء فى بريطانيا الذى أدى إلى انحدارها النسبى بالنسبة للدول الأخرى: فإن امتلاك أجهزة التلفاز، ثم مسجلات الفيديو، ثم مؤخراً الحاسويات المنزلية انتشر فى بريطانيا بصورة أسرع من أية دولة أخرى تقريباً بما فيها الدول الأكثر ثراءً مثل الولايات المتحدة. وليست هناك حاجة لربط انتشار التقنية الحديثة والبضائع الجديدة بمعدلات النمو الاقتصادى. والمثال الثانى هو أنه خلال الأعوام العشرة أو الخمسة عشر الماضية، رغم أن العُشر الأكثر فقراً من السكان عانى انخفاضاً فى الدخل الحقيقية، وأن الخمس الأدنى لم يحقق زيادة فى متوسط دخل أفرادها، فإنهم مع ذلك حققوا زيادة لا يستهان بها فى امتلاكهم للبضائع

الاستهلاكية الطويلة الاستعمال مثل المجمدات freezers وأجهزة الهاتف والتدفئة المركزية ومسجلات الفيديو (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). ورغم أن هذه الأصناف بالذات ليست الأصناف ذات العلاقة الأكثر وضوحاً بالصحة (ونحن نعلم أنه لم يحدث على الأقل في الثمانينيات من القرن العشرين أى تحسن فى معدلات وفيات الطبقات الأكثر فقراً فى بريطانيا (فيليمور وآخرون. ١٩٩٤ Phillimore *et al.*): فإن الحجة فى مجملها تبين فعلاً أن هناك طرقاً لا تعكسها المؤشرات الاقتصادية يمكن أن تتحسن بها مستويات المعيشة.

وتبين هذه الاعتبارات أن التحولات فى المنحنيات فى الشكل (٣ - ١) والارتباطات الضعيفة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وإجمالى الناتج القومى للفرد لا ينبغي أن تعتبر بالضرورة برهاناً على أن التحسنات فى الوفيات ليست نتيجة النمو الاقتصادى كما هو مفهوم بصورة صحيحة. ومن المؤكد أنه يصعب التفكير فى تعليل للارتفاع فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة لا يقوم النمو الاقتصادى بطريقة ما بالحفاظ عليه أو تمكينه من الحدوث أو دعمه. وتبدو الأدلة غير وافية لرفض أية صلة ولو كانت بعيدة بين تحسن مستويات المعيشة وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

وبالنسبة للدول الواقعة على الجزء الأفقى من منحنيات الشكل (٣ - ١) (الذى يصبح أكثر انبساطاً فى ضوء تعديلات النوعية بطريقة غير وافية): فإن عبء تفسير تحرك منحنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى الأعلى يقع على التحسينات النوعية فى مستويات المعيشة التى تحدث بمرور الزمن. وإذا طُلب من المرء أن يقترح طرقاً يمكن للتغير النوعى أن يحسن الصحة بها فيمكن له أن يشير إلى التدفئة المركزية الأكثر نظافة التى تتجنب مشكلات تلوث الهواء الداخلى ومخاطر الحريق المرتبطة بالنار المكشوفة، وإلى المجمدات التى تتيح للناس أن يتناولوا أطعمة أقل تلوثاً بالجراثيم، وإلى حشد كامل من التطورات (بما فيها الغسالات والغلايات الكهربائية والحفائض ذات الاستعمال الواحد) التى لم تجعل العناية بالرضع والأطفال أكثر سهولة فحسب، بل أكثر نظافة وأماناً، وإلى النفط الخالى من الرصاص الذى يقلل من التلوث البيئى، وإلى الازدياد فى أمان السيارات الذى قلل من الوفيات على

الطرق رغم الازدياد فى امتلاك السيارات، وتأمين الهواتف على نطاق أوسع مما يمكن العائلات والأصدقاء من التغلب على جزء من التغرب الاجتماعى الناجم عن الابتعاد الجغرافى (الذى له صلة بالتأثير القوى للدعم الاجتماعى على الصحة).

والكثير من هذه التغييرات تجرف العالم المتقدم فى الوقت نفسه تقريباً. وبالنسبة لمعدل انتشار التغييرات الفنية فى نوعية البضائع، لا توجد سوى فوارق طفيفة نسبياً بين دول منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية، التى تشتري وتبيع فى السوق العالمى نفسها. وبمعنى من المعانى ينطوى الجزء المستوى من منحنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع إجمالى الدخل القومى للفرد على أن مستويات المعيشة، على الأقل فيما يتعلق بالصحة، لا تختلف سوى اختلاف قليل بين تلك الدول عند أية نقطة زمنية رغم الفوارق المقاسة فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد. وبين الدول المتقدمة يبدو أن اختلافاً قدره عشر سنوات أو عشرين فى الجودة المادية للحياة أكثر أهمية من الاختلافات التى يفترض أنها كبيرة، فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد فى الفترة نفسها.

لكن النقطة الأكثر عمومية التى تنتج عن هذا هى التمييز بين النمو كما يقاس حالياً وثمار التغيير والابتكار الفنيين على نطاق العالم بأسره التى يمكن لجميع الدول المتقدمة الاستمتاع بها، وذلك بصورة مستقلة إلى حد كبير عن الفوارق فى معدلات نموها المقاسة. ففى الأساس يمكن أن نحقق تحسينات فى مستوى المعيشة الحقيقى حتى فى غياب الأدلة الإحصائية على النمو الاقتصادى. إذ بدلاً من الحصول على المزيد نحصل على الأفضل، ولأن الابتكار يعنى قدراً من الاختلاف فى طرق الإنتاج يساوى ما يعنيه من اختلاف فى البضائع المنتجة؛ فإننا فى العادة نحصل على شىء أفضل بالسعر نفسه تقريباً الذى كنا ندفعه فى السلعة المستبدلة. وإذا كانت هذه الصورة صحيحة؛ فإنها تؤكد اقتراح أن الصحة قد تكون دليلاً على الاتجاهات فى مستوى المعيشة الحقيقى أفضل من الدليل الذى توفره المؤشرات الاقتصادية المتنوعة.

إن احتمال أن تأتى الفوائد الرئيسية للنمو من خلال تحسينات نوعية لا كمية فى مستويات المعيشة، واحتمال أن تستفيد المجموعات السكانية منها بصورة واسعة بغض

النظر عن معدلات النمو الكمي - يعطيان منظوراً مهماً بصورة جوهرية للعملية التي يرتفع مستوى المعيشة بها. وهذا أمر مهم بصورة خاصة فيما يتصل بالحجج التي تعرضها الحركة البيئية عن الحاجة إلى معدلات "نمو منعدم". ولو كان من الممكن تطوير مؤشرات أسعار معدلة حسب النوعية بصورة كاملة؛ فإن التحسينات في النوعية ستظهر في صورة نمو. ولكن من الضروري إدراك أنه من الممكن الاستمتاع بالجزء الأكبر (قد يبلغ ٩٠ بالمائة إذا اعتمدنا الارتباطات مع متوسط العمر المتوقع عند الولادة) من فوائد ذلك النمو دون أن تحدث بالضرورة زيادة في استخدام الموارد أو في التلوث. والمعنى المتضمن في ذلك هو أن علينا أن نميز بين التحسينات النوعية في مستويات المعيشة والنمو الكمي، على الأقل فيما يتعلق بالتأثير البيئي.

لقد ركزنا حتى الآن على تفسير نمط التغيرات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع مرور الزمن في الشكل (٣ - ١). ولنلق الآن نظرة أكثر تعمقاً على الشكل المتغير للعلاقة بين إجمالي الإنتاج القومي للفرد ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة في فترة محددة من الزمن. ما هو التفسير الذي يمكن إعطاؤه لتقوسه: لم يرتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الدول الأفقر بسرعة مع زيادات إجمالي الناتج القومي للفرد في حين تأخذ العلاقة في الدول الأغنى في الانبساط وتأتي الزيادات الإضافية في إجمالي الإنتاج القومي للفرد بتحسين ضئيل أو لا تأتي بأي تحسن في متوسط العمر المتوقع عند الولادة؟ لقد رأينا أن التقوس يمكن أن يفسر جزئياً على أنه علاقة بين زيادات محددة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة وزيادات متناسبة في إجمالي الإنتاج القومي للفرد - أي بصورة علاقة لوغاريتمية خطية. (أقول "جزئياً" لأن الزيادات هي نوعاً ما أقل من لوغاريتمية خطية في الدول المتقدمة.) ولكن يجب أن نبقى في أذهاننا أنه إذا كان التقليل من قيمة الزيادات في مستوى المعيشة جوهرياً، وخاصة المستويات الأعلى من التطور؛ فإن تقوس العلاقة مع متوسط العمر المتوقع عند الولادة كان سيزداد، أي أن المسافات بين الدول الموجودة على الجزء الأفقي من المنحنى كانت ستبتاعد أكثر باتجاه اليمين.

ولكن الأمر ينطوي على أكثر من احتمال أن تحسن الصحة في العالم المتقدم يتطلب زيادات في الدخل أكبر بكثير مما يتطلبه في الدول الأكثر فقراً. فحين تدور الدول حول زاوية المنحنى الذي يربط بين الصحة والدخل، فإنها تقوم أيضاً بما يدعى "التحول الوبائي". ويستخدم هذا المصطلح للدلالة على التغير من أسباب الموت التي تطفئ فيها الأسباب السارية التي ما زالت شائعة في الدول الفقيرة إلى الأمراض التنكسية التي أصبحت السبب الرئيسي للموت في الدول الأغنى. وجميع الدول المتقدمة الغنية على الجزء الأفقى من المنحنى تعرضت لهذا التحول في أسباب الوفاة في وقت مبكر من القرن العشرين. وأسباب الموت فيها تطفئ عليها الأمراض القلبية الوعائية والسرطانية وليس الأمراض السارية، على العكس من الدول الأكثر فقراً في الجزء الصاعد بصورة حادة في الطرف الأيسر من المنحنى.

ويبدو أن التحول الوبائي يمثل نقطة تحول تاريخية أكثر جوهرية مما يدركه الناس عادة. فبالإضافة إلى انحسار الأمراض السارية، يعكس ذلك الانتقال تغيراً في التوزيع الاجتماعي لعدد من الظروف الهامة. فخلال التحول الوبائي أصبحت الأمراض التي تدعى "أمراض الرفاهية" أمراض الفقراء في المجتمعات التي تتمتع بالرفاهية. وأشهر أمثلة ذلك مرض القلب الإكليلي الذي كان ينظر إليه في النصف الأول من القرن العشرين على أنه من أمراض رجال الأعمال، لكنه غير توزيعه الاجتماعي ليصبح أكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية الأدنى. كما عكست عدة أمراض أخرى، بما فيها السكته وفرط ضغط الدم والقرحات العفجية والتهاب الكلى والكلى والانتحار، توزيعها الاجتماعي لتصبح أكثر شيوعاً بين الأشخاص الأقل ثراءً (كوسكينين ١٩٨٨).

ولكن أكثر الأمور دلالة هو أن السمعة أيضاً غيرت توزيعها الاجتماعي لتصبح أكثر شيوعاً بين الأشخاص الأقل ثراءً، وهذا له أهمية هائلة، فعبير التاريخ البشرى وحتى تلك النقطة كان الأثرياء سماناً والفقراء نحافاً. وقد بلغ ذلك درجة أن السمعة في مجتمعات كثيرة كانت رمزاً للمكانة وذات جاذبية.

وفى بعض المجتمعات قبل الصناعية كانت زوجات الرجال المهمين يُعطين أنظمة غذائية تزيد من السمنة. وكان اتساع مقاس محيط الخصر علامة تميز الأشخاص بأنهم ينتمون إلى الجزء من المجتمع الذى لا يعانى أى نقص فى ضروريات الحياة الأساسية. ويشير التغير فى التوزع الاجتماعى للسمنة إلى مرحلة فى التطور الاقتصادى أصبحت فيها الضروريات الأساسية فى تناول الغالبية العظمى من السكان بصورة ثابتة. فمع ارتفاع مستويات الدخل؛ أصبح تناول السكر وغيره من الأغذية المكررة أكثر شيوعاً بين طبقة عمال الياقة الزرقاء وعائلاتهم منه بين الأغنياء. (وكجزء من العملية نفسها هبط التدخين أيضاً درجات من السلم الاجتماعى ولم يعد أكثر شيوعاً بين الطبقات الأعلى من المجتمع.) وحين اكتسب بعض الأفراد الأقل ثراء السمنة (بالرغم من بقائهم أقصر قليلاً من الأغنياء)، لم تعد السمنة دليلاً على التميز الاجتماعى؛ فقد تغيرت الأحاسيس الجمالية، ولأول مرة فى التاريخ أصبحت النحافة مرغوبة أكثر من السمنة. وقد بدأت صناعة الأزياء بقيادة كوكو شانيل Coco Chanel فى التركيز على النحافة فى النصف الأول من القرن العشرين.

وفيما يتعلق بعمليات التمييز الاجتماعى، التى يبين بورديو Bourdieu أنها أثرت تأثيراً بالغاً على الكثير من أحكامنا الجمالية، فمن المثير للاهتمام ملاحظة أنه فى الوقت الذى أصبحت النحافة فيه مرغوبة اجتماعياً بعد أن توقف جوع الفقراء، كذلك بدأ اسمرار البشرة من التعرض للشمس يصبح مرغوباً، حين أصبحت الطبقات العاملة أكثر بياضاً بسبب العمل ساعات طويلة داخل المصانع (بورديو ١٩٨٤). وفيما سبق حين كان الفقراء عمالاً زراعيين سمرراً من التعرض للشمس؛ كانت الموضة السائدة هى المحافظة على بياض لون البشرة إلى أقصى حد ممكن. والآن بعد الارتفاع الكبير فى معدلات السمنة وبعد أن أصبح الفقراء يصنفون على أنهم مدمنون لمشاهدة التلفاز، يبتعد "المثل الأعلى" باستمرار فى الاتجاه المعاكس، بل حتى رموز جمال الماضى أصبحت تبدو الآن ممثلة الجسم.

ومن المؤشرات الأخرى الدالة على أن التحول الوبائى يشير إلى بلوغ عتبة مهمة فى مستويات المعيشة أن نسبة الأطفال الذين يبلغ وزنهم أقل من (٢٥٠٠) جرام عند الولادة

بقيت بين (٦) و (٧) بالمائة منذ الخمسينيات من القرن العشرين. وكون الارتفاع الهائل فى الدخول الحقيقية الذى تم منذ تلك الفترة لم يؤدِّ إلى خفض النسبة أكثر من ذلك يوحى أنه من غير المحتمل أن يكون من الممكن عزو الجزء المتبقى من مشكلة ضالة الوزن عند الولادة إلى مستويات المعيشة المادية المطلقة.

هناك إذن عدة عمليات هامة تشير نحو التفسير نفسه للجزء المنبسط من المنحنىات التى تربط متوسط العمر المتوقع عند الولادة بإجمالى الإنتاج القومى للفرد فى الشكل (٣ - ١). وتلخيصاً لذلك، هناك انحسار فى الأمراض السارية المرتبطة تقليدياً بالفقر، وانعكاس لدرجات ميل الطبقات الاجتماعية فى أمور كانت ترتبط تقليدياً بالأغنياء، بما فى ذلك أمراض القلب والسمنة (وبالنسبة للسمنة قد تكون هذه هى المرة الأولى فى التاريخ المدون)، وأخيراً، توقف انحسار نسبة المواليد ذوى الوزن المنخفض رغم ارتفاع مستويات المعيشة. وهذه الأمور مجتمعة توحى بأنه قد يكون علينا أن نفسر انبساط منحنى ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع ازدياد إجمالى الإنتاج القومى للفرد على أنه وصول غالبية السكان إلى حد أدنى من مستوى المعيشة المادى الحقيقى، والذي بعد الوصول إليه لا تعود الزيادات الإضافية فى الأرزاق الشخصية تعطى مفتاحاً لزيادات إضافية فى الصحة. فبالنسبة لمعظم السكان تم التغلب على القبضة القاتلة التى كان مستوى المعيشة المطلق يمسك بها خناق الصحة. وكان من الممكن توقع مثل هذا الانتقال فى إحدى مراحل التطور الاقتصادى. ولا يجب أن يكون ظهوره مستغرباً نتيجة للارتفاع فى مستويات المعيشة السريع والمستمر بصورة لا مثيل لها والذي تعود بدايته على الأقل إلى منتصف القرن التاسع عشر. وإذا كان هذا التفسير صحيحاً، فإن له مضامين جوهرية بالنسبة لاقتصاد التطور والتفكير فى الكيفية التى ينبغى لنا أن نتعايش بها مع المشكلات البيئية العالمية.

وبعد أن قلنا مقولتنا نحتاج الآن إلى الاعتراف بعدد من التحفظات المهمة. أولاً، حتى فى الدول المتقدمة التى مرت بهذا التحول لا يزال هناك بالطبع نسب صغيرة من السكان - لكنها مع ذلك تمثل أعداداً كبيرة من الأشخاص - الذين لا تتوافر لهم ضروريات أساسية،



بما فيها الطعام والمأوى والدفع. ورغم أن النسب التي تعاني ذلك أصغر من أن تحدث تأثيراً ذا أهمية في المقاييس الإجمالية لصحة السكان، فإن أعداد هؤلاء الأشخاص أكبر مما كانت عليه، وبوسع المجتمعات المتقدمة أن تمنع مثل هذه الظروف بصورة كاملة. وكمؤشر على الكيفية التي تعيش بها نسبة ضئيلة من سكان الدول المتقدمة بحرمان مادي أساسي (وليس آثار الحرمان النسبي التي لا تقل خطورة لكنها مختلفة تماماً والتي سنبحثها في فصول لاحقة) - يمكننا أن ننظر إلى أرقام المسح الرسمي التي تظهر ملكية البضائع الاستهلاكية الطويلة العمر بين نسبة الـ (٢٠) في المائة الأكثر فقراً من بين سكان بريطانيا (التي هي الآن من أفقر دول الاتحاد الأوروبي). ولأن نسبة عدم الاستجابة للمسح الذي تستند هذه الأرقام إليه كانت عالية ومتركة في الطبقات الأفقر، فمن المحتمل أن هذه الأرقام تعطي صورة أكثر إشراقاً من الواقع عن الفقر الحديث، لكنها مع ذلك توفر دليلاً تقريبياً. في العام ١٩٩٠/١٩٩١م كان (٩٨) بالمائة من بين أفقر (٢٠) بالمائة من السكان يعيشون في منازل فيها جهاز تلفاز، و (٨٤) بالمائة لديهم غسالات، و (٥٧) بالمائة لديهم مجمّدت (بغض النظر عما إذا كان المجمّد جزءاً من الثلاجة أو منفصلاً عنها)، و (٩٧) بالمائة لديهم ثلاجات، و (٧٢) بالمائة لديهم أجهزة هاتف، و (٧٢) بالمائة لديهم أنظمة تدفئة مركزية، و (٥٩) بالمائة لديهم أجهزة فيديو، و (٤٧) بالمائة يعيشون ضمن أسر لديها سيارة (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). وفي حين أنه من الطبيعي أن تكون نوعية هذه البضائع عادة أدنى بكثير مما يوجد في البيوت الأفضل حالاً، فلا يوجد شك كبير في أن مستويات الاستهلاك حتى بين الفقراء هي أعلى بصورة ملحوظة مما يلاحظه الكثيرون حين يتحدثون عن الفقر الحديث. ونحن سنتخذ من هذا خلفية ونحن ننتقل في الفصل التالي إلى الفوارق الكبيرة جداً في معدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة التي ما زالت مستمرة بين الأغنياء والفقراء في معظم الدول المتقدمة اليوم. ومعرفة مستويات الاستهلاك الحالية مهم أيضاً حين نأتى لمناقشة تأثيرات المستويات النسبية والمطلقة في الفصل الخامس.

ورغم أهمية هذه التحفظات، لا ينبغي لأى منها أن يمنعنا من إدراك المغزى الكبير بالنسبة للصحة فى تحقيق حدود دنيا أساسية من المستويات للأغلبية الكبرى من السكان. وبالإضافة إلى الاستهلاك الخاص، ينبغي ألا ننسى الدور فى هذه التغيرات الذى تلعبه التحسينات فى المستويات فى مجالات أخرى من الحياة: فى التقليل من تلوث الهواء والماء وفى تنظيم ظروف العمل والسلامة وتفقدنا. إن التغيرات الصحية التى تميز التحول الوبائي تمثل شهادة على أهمية التقدم فى مستويات المعيشة المادية على جبهة عريضة.

لقد طور هذا الفصل فرضيتين رئيسيتين لتفسير النمط الدولى للزيادات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة المبينة فى الشكل (٣ - ١). أولاً إن تتالى المنحنيات الجديدة والأعلى قد يكون نتاجاً مصطنعاً للفشل فى قياس مدى التحسينات النوعية فى مستوى المعيشة. فمؤشرات الأسعار التى لا تخضع لتعديل كافٍ يعكس التحسينات فى نوعية البضائع تعنى أنه لا توجد لدينا سوى فكرة ضئيلة جداً عن مدى الزيادات الحقيقية فى مستويات المعيشة وهى تتغير مع مرور الزمن. ولكن العمل على جوانب القصور فى مؤشرات الأسعار يوضح أن هناك تقليلاً لا يستهان به من شأن التحسينات فى مستويات المعيشة. وهذا يعنى وجود احتمال كبير فى أن يدمج استخدام مقاييس صحيحة الجزء الصاعد من مجموعة المنحنيات فى نقاط زمنية مختلفة لتصبح منحنى واحداً. ومن المعانى الضمنية المهمة أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو بشكل شبه مؤكد دليل على مستويات المعيشة أفضل من المقاييس الحالية للتغيرات التى تحدث بمرور الزمن فى الدخل الحقيقية وفى إجمالى الإنتاج القومى للفرد. ثانياً، يبدو من المحتمل أن تقوس العلاقة عند كل نقطة زمنية يعكس عائدات للزيادات فى الدخل تتضاءل بشكل حاد مع مرور الدول عبر التحول الوبائي. ويجب توقع أنه فى مسيرة النمو الاقتصادى سيتم الوصول إلى مرحلة لا تعود بعدها التحسينات فى صحة السكان أمراً تقرر به بصورة رئيسية الزيادات البسيطة فى توفير الضروريات الأساسية. فالتغيرات فى كل الأسباب الرئيسية للوفاة والتوزيع الاجتماعى لعدد من الظروف ذات الدلالة يوفر دليلاً يوحى بقوة أن التحول الوبائي يعكس تلك المرحلة. ولهذا انعكاسات ضمنية مهمة

على فهمنا لفوائد النمو الاقتصادي. فليس من المحتمل أن قيمة النمو الاقتصادي تنحسر بعد التحول الوبائي فحسب، بل قد يكون من الصحيح أيضاً أن أكثر الفوائد أهمية بعد ذلك تأتي من التحسينات النوعية في المستويات وليس من الزيادات في الكمية المطلقة التي يتم إنتاجها. ويبدو أن التحول الوبائي يحتوى على رسالة اجتماعية مهمة.

ومن أجل اكتشاف ما إذا كانت توجد طرق يمكن فيها الربط بين الأنماط المتغيرة في صحة السكان والتقدم في مستويات المعيشة المادية؛ اضطررنا إلى تحدى عدد من المفاهيم المقبولة على نطاق واسع حول طبيعة النمو الاقتصادي ومقاييسه. وعلى الرغم من الصعوبات في فهم الطريقة التي يمكن بها بصورة معقولة ربط صورة الفوارق العالمية في الصحة والتحسينات التي تحدث مع مرور الزمن بالنمو الاقتصادي، فإن من الأكثر صعوبة فهم الطريقة التي يمكن بها ألا ترتبط به. فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة ليس أعلى في الدول المتقدمة فحسب، بل إن توقيت تحسنه التاريخي ضمن كل دولة يقتزن بصورة واضحة بالنمو الاقتصادي. وبسبب الطبيعة الشمولية للنمو الاقتصادي (ما هو الشيء الذي لا يرتبط به؟) من الصعب التفكير في تفسيرات معقولة لا تعتمد بصورة ما على عمليات النمو. وحتى عوامل مثل المعايير التربوية ومستويات الرعاية الطبية ترتبط بالنمو ارتباطاً وثيقاً. ومن المؤكد أنه داخل كل دولة يميل الإنفاق على الرعاية الطبية إلى الارتفاع كنسبة تكاد تكون ثابتة من إجمالي الإنتاج القومي للفرد، رغم أنه يجب قول إن عدم توافر أى تفسير ولو كان مجرد إحياء عن وجود علاقة عالمية بين الإنفاق على الرعاية الطبية ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة هو سبب آخر للاعتقاد أن الرعاية الطبية ليست محددة مهمة من محددات متوسط العمر المتوقع عند الولادة. ومن الصعب ترشيح أية تفسيرات للتحسينات العامة المستمرة في صحة السكان لا يكون النمو الاقتصادي بطريقة أو بأخرى هو الذي جعلها ممكنة أو مكنها من الاستمرار. ولأن المرء يتوقع مساهمة عشرات - بل الأرجح مئات - من العوامل؛ يبدو من المحتمل أن يرتبط التقدم من حيث المعدل بعملية النمو. ومن حيث إن الدخل هو ملخص جيد لتوسع إمكانية الحصول على كل شيء يمكن للنقود شراؤه، كان من المحتمل للمرء أن يعتقد أن الصحة وإجمالي الإنتاج القومي للفرد سيقتربان في سيرهما أحدهما

من الآخر. ومع ذلك فما ترك لنا هو النمط المحير المبين في الشكل (٢ - ١) الذى كنا نحاول تفسيره. ومن هنا ظهرت الحاجة إلى رؤية ما إذا كانت هناك أية طريقة يمكن بها توسيع فهمنا للنمو الاقتصادى ليصبح ملائماً. وتطرح النتائج بعض الاحتمالات المثيرة للاهتمام لكن هناك مكونات أبعد بكثير من أن تثير اهتماماً كبيراً. وهناك صعوبة خاصة فى مسألة جمع الجزء الأفقى لكل من منحنيات المقطع العرضى، حيث الفوارق بين الدول المتقدمة فى أية نقطة من الزمن ليس لها بالنسبة للصحة سوى مغزى بسيط إن وجد، مع الدليل على أن التغير النوعى الذى يحدث فى تلك الدول مع مرور الزمن له مغزى كبير. وقبول كلا الأمرين ينطوى على الاعتقاد بأن الفوارق بين الدول المتقدمة فى مستويات تقديم البضائع والخدمات المتوافرة فى أية نقطة زمنية لا يهم كثيراً، وإنما التغير النوعى فى هذه البضائع والخدمات (بما فيها المعرفة) مع مرور الزمن له أهمية كبيرة. ولكن، وبصورة خاصة فى ضوء التقليل المحتمل من شأن الزيادة الحقيقية فى إجمالى الإنتاج القومى للفرد، لا يوجد سوى قليل من الشك فى أن الدول المتقدمة هى حقاً على جزء أفقى من المنحنى الذى يتحرك نحو الأعلى بمرور الزمن.

وإذا كان علينا أن نربط الصحة بالحياة المادية، فيواجهنا اقتراح أن الكميات الإضافية من الشيء نفسه فى فترة زمنية معينة أقل أهمية من التحسنات النوعية مع مرور الزمن. وهذا يعنى الاعتقاد ليس فقط بأن المعرفة الجديدة والتقنية الجديدة والبضائع والخدمات الجديدة ذات أهمية، بل أيضاً بأن معدل انتشارها فى دول متقدمة مختلفة لا علاقة له بالموقع الذى تحتله على سلم الثراء بين تلك الدول. وسيبدو للبعض أن هذه قصة غير معقولة، لكننا نفتقر إلى الأدلة التى يمكن أن تمضى بالحجة أبعد من ذلك. ينبغى علينا ألا ننسى حقيقة أن ما نحاول التوصل إليه هنا هو إطار لفهم أهم التغيرات التى تحدث فى الصحة على مستوى الدولة ومستوى العالم. وفى أواخر الفصل الحادى عشر سنطرح احتمال أن الصحة قد تكون أيضاً استفادت من عمليات التحرير النفسى - الاجتماعى التى يبدو أنها تمتطى صهوة النمو الاقتصادى. وهذا أحد المصادر البديلة القليلة الممكنة للتحرك نحو الأعلى الذى يتصف به منحنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع مرور الزمن.



## **الجزء الثانى**

**حالات عدم المساواة الصحية**

**داخل المجتمعات**



## الفصل الرابع

### مشكلة حالات عدم المساواة الصحية

إن مدى الفوارق الصحية ضمن المجتمعات الحديثة يثير الدهشة؛ فقد توصلت دراسة فحصت الفوارق في الصحة في الدوائر الانتخابية في المنطقة الشمالية في إنجلترا، البالغ عددها (٦٧٨) دائرة، إلى أن معدلات الوفيات كانت أعلى بمقدار أربعة أضعاف في أفقر (١٠) بالمائة من الدوائر مما كانت عليه في أغنى (١٠) بالمائة منها (فيليمور وآخرون ١٩٩٤ *Phillimore et al.*). وفي الولايات المتحدة وجدت دراسة للصحة في هارلم في نيويورك أنه في معظم الأعمار كانت نسبة الوفيات هناك أعلى مما كانت عليه في المناطق الريفية من بنغلادش (ماكورد *McCord* وفريمان *Freeman* ١٩٩٠). وفي البرازيل حيث يزيد التفاوت في الدخل على ما هو عليه في أية دولة أخرى تقريباً، أظهرت إحدى الدراسات أن معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع تفاوتت بين المناطق المختلفة من المدينة نفسها ما بين (١٢) إلى (٩٠) من كل (١٠٠٠) طفل يولد حياً.

والأرقام من هذا النوع ليست مجرد انعكاس لمستوى الفقر في المناطق التي تكثر فيها الوفيات؛ فقد وجدت دراسة وايت هول *Whitehall* المجرة على (١٧٠٠٠) موظف يعملون في الدوائر الحكومية في لندن أن معدلات الوفيات بلغت بين أدنى موظفي المكاتب من حيث المرتبة ثلاثة أضعاف ما هي عليه بين أعلى درجات الإداريين (ديفي سميث وآخرون ١٩٩٠ *Davey Smith et al.*). ولم يُستبعد من الذين أجريت الدراسة عليهم الأشخاص الأكثر فقراً العاطلين عن العمل فحسب، بل أيضاً جميع العمال اليدويين، ولكون الدراسة اقتصر على عاملين من نوى الياقات البيضاء؛ فإن هذه الفوارق كانت بين أشخاص يعتبرون أنفسهم من الطبقة المتوسطة ويعملون معاً في الدوائر نفسها.

وقد بينت دراسات كثيرة أن الفوارق الصحية ليست مقصورة على فوارق بين الفقراء وبقية المجتمع، وإنما تسرى في المجتمع كله بحيث إن الصحة في كل مستوى في السلم



الهرمي الاجتماعي أسوأ مما هي في المستوى الأعلى منه. وقد أتاحت بيانات مأخوذة من اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة في الولايات المتحدة إدخال أكثر من (٣٠٠٠٠٠) رجل في اثنتي عشرة فئة مصنفة حسب الدخل على أساس الدخل الوسطي للعائلة في منطقة الرمز البريدي التي يعيشون فيها. وأظهرت وجود علاقة وثيقة بين الدخل ومعدلات الوفيات عبر جميع الفئات إلى حد أنه لم يكن هناك فرق في ترتيب إحدى عشرة فئة من اثنتي عشرة إذا كان الترتيب حسب تزايد الدخل أو حسب تضائل معدلات الوفيات (ديفي سميث وآخرون ١٩٩٠). وقد مر تدرج الوفيات عبر سلسلة الدخل بأكملها من الأكثر فقراً إلى الأكثر ثراء (انظر الشكل ٥ - ١ في الفصل التالي).

وأياً ما كانت الصعوبات التي واجهناها في الفصل الماضي في فهم العلاقة بين الصحة ومستويات المعيشة المادية عالمياً، فهناك على الأقل ترتيب واضح لمعدلات الوفيات وفق المركز الاقتصادي - الاجتماعي ضمن الدول. وعلى الرغم من أن الأبحاث الخاصة بهذه الفوارق الصحية ضمن الدول أجريت بهدف اقتصر بصورة شبه كاملة على توفير مزيد من المعلومات لنا عن الصحة ومحدداتها؛ فإن نتائجها قد تكون أكثر أهمية بسبب ما توفره لنا من معرفة بالمجتمع. وتبدو حقيقة أن معدلات وفيات الأشخاص في الطبقات الدنيا من السلم الاجتماعي تبلغ في جميع الدول المتقدمة تقريباً ما بين ضعفي معدلاتها في الطبقات الأقرب إلى القمة وأربعة أضعاف - أنها تعطينا رسالة ليس فيها قدر كبير من المحاباة عن طبيعة المجتمع الحديث. ولكن كي نفهم الرسالة بوضوح يجب أن تتوافر لنا معرفة أوسع عن سبب العلاقة الوثيقة بهذا الشكل بين المركز الاجتماعي والصحة. وتوفر الأبحاث رؤى جديدة عن الكيفية التي تعتدى البنية الاجتماعية بها على حقوقنا. كما أن الرؤى لا تقتصر على موضوعات تتعلق بكيفية تأثير البيئة الطبيعية بالصحة. فهناك إحاء متزايد بأن بعض أهم أجزاء هذه العلاقة تتعلق بالسبل النفسية - الاجتماعية، فهي تنبئنا بالآثار الشخصية النفسية والعاطفية للجوانب الموضوعية من البنية الاجتماعية. وفي هذا الصدد يمكن للصحة أن نخبرنا عن التأثير الذي يمارسه التنظيم الاجتماعي للحياة المادية على النزعة الذاتية

لدى الإنسان؛ فبالنفاذ إلى الطرق التى تمارس البنية الاجتماعية علينا بها سلطة الحياة والموت، تكشف الأبحاث الصحية بعض الروابط الأساسية جداً بين الفرد والبنية الاجتماعية. وبيانات الوفيات التى لا يمكن إنكارها وقوة التأثيرات التى نحاول فهمها تسهل إلى حد ما اختراق بعض السرايات الاجتماعية التى تحول عادة دون فهمنا للبنية الاجتماعية التى نعيش فيها. ففى حين تنجرف المجتمعات بسرعة متزايدة بفعل متطلبات روح التنافس الاقتصادى العالمية وتطور التقنية الإلكترونية ونمو مؤسسات اجتماعية على جميع المستويات تصبح الحاجة ملحة إلحاحاً متزايداً لاكتساب شىء من الفهم للقوى الاجتماعية والاقتصادية المتباينة ذات العلاقة.

ولكن قبل المضى أبعد من ذلك من الضرورى تلخيص عدد من القضايا الأساسية التى تشكل خلفية للموضوع. وسنبداً ببعض المسائل المتعلقة بمقاييس الصحة ومعدلات الوفيات وصور عدم المساواة الصحية. وسنمضى بعد ذلك إلى مناقشات شديدة الإيجاز لأسباب عدم إمكانية عزو صور عدم المساواة الصحية إلى التحرك الاجتماعى أو إلى عوامل الوراثة أو إلى إهمال النصائح الخاصة بالمعيشة بصورة صحية أو إلى الفوارق فى الرعاية الطبية. فنحن بحاجة لإزاحة هذه المواضيع من الطريق قبل أن نتمكن من العودة فى الفصول التالية إلى المواضيع الجوهرية المتعلقة بفهم كيفية تأثير العمليات الاجتماعية والاقتصادية بالصحة.

### معدلات الوفاة ومقاييس الصحة:

كثيراً ما تستخدم معدلات الوفيات - وربما كان ذلك بصورة فيها تناقض ظاهرى - كمقاييس للصحة بسبب عدم وجود مقاييس جيدة للصحة والمرضى. فالمشكلة بالنسبة للمرضى هى عدم معرفة كيفية حساب الأشياء المختلفة: هل علينا أن نجمع حالات مرض قدم الرياضى مع حالات التهاب المفاصل والصداع والتهاب القصبات المزمن وحمى الكلا والقروح؟ وإذا كان الأمر كذلك فما هو مدى الخطورة التى يجب أن تكون الحالة عليها لى تدخل فى الحساب؟ وإذا استخدمنا الألم أو الإعاقة كقاسم مشترك، فما مقدار الألم أو الإعاقة ومن

يقوم بتقديره وما مدى تواتر التقدير؟ بسبب هذه المشكلات التي من الصعب جداً التغلب عليها؛ فإن البيانات الجيدة الوحيدة عن المرض المعرف بصورة موضوعية - وهذا يعنى بالطبع أن الأطباء يعرفونه - تأتي من سجلات السرطان، التي تورّد في الدول التي توجد فيها تلك السجلات جميع الإصابات الجديدة بالسرطان المحولة إلى المستشفيات. وعلى الرغم من أن من المفروض أن يسجل الأطباء الأمراض المعدية المختلفة؛ فإن السجلات ناقصة بشكل يجعلها عاجزة عن إبلاغنا أى شيء عن الإصابة بتلك الأمراض أو انتشارها، باستثناء أنها رغم عدم اكتمالها تشير إلى الاتجاهات التي تطرأ مع قدوم الأوبئة وانتهائها.

وأحد المداخل الأخرى لقياس المرض هو إهمال التشخيص الرسمي والطلب من الناس أن يقوموا هم بإعطاء ملخص عن حالتهم الصحية العامة. وهناك مقدار جيد من الأبحاث التي تستخدم مقاييس "التقدير الشخصي للصحة". ويمكن لك إما أن تسأل الأشخاص سؤالاً بسيطاً مثل "هل كانت صحتك في الأسبوعين الأخيرين جيدة أم مقبولة أم ضعيفة؟" أو يمكنك أن توجه لهم قائمة من الأسئلة حول أعراض محددة، ثم تعطى درجات للأجوبة لكي تتوصل إلى درجة عامة للصحة. وفي حين أن لهذه المقاييس استخدامات مهمة، كثيراً ما يكون من الصعب معرفة ما تعنيه بالضبط. ومعدلات الوفيات تتميز على الأقل بأنها مقياس محدد بشكل قاطع ودقيق وموضوعي بدرجة معقولة. وعلى الرغم من أن معرفة ما إذا كان أحد الأشخاص ميتاً أو حياً ليس مقياساً حساساً للصحة، فإن الفوارق في معدلات الوفيات المحددة بالأعمار والجنس والأسباب بين مجموعة سكانية أو اجتماعية وأخرى يعطينا قدراً من المعلومات أكثر بكثير. ومن المرجح أن تكون الفوارق في معدلات الوفيات مؤشرات جيدة على الفوارق في الأمراض، ومعدلات الوفيات من أسباب مختلفة مثل مرض القلب والتهاب القصبات والسرطان والانتحار تعطى مؤشراً إلى حد ما عن مدى وجود تلك الأمراض في مجتمع ما. ونقطة الضعف فيها أنها لا تخبرنا أى شيء عن مدى انتشار العلل والأمراض اليومية مثل التهاب المفاصل التي لا تهدد الحياة عادة. ولكن مع ذلك فهي تبين وجود علاقة وثيقة تماماً بين فوارق السكان في معدلات الوفيات والفوارق في

المقاييس المختلفة للأمراض المأخوذة من الأشخاص أنفسهم، ويشمل ذلك التوقعات الثانوية من يوم لآخر (أربر ١٩٨٧). ويوحى هذا أن الصحة رغم كونها مفهوماً غير متبلور فإنها تتمتع بشيء من الترابط المنطقي عبر سلسلة واسعة من الأمراض والظروف، وأن الفوارق قابلة للقياس.

وتعطى معدلات الوفيات عدد الوفيات التي تحدث كل عام بين كل (١٠٠٠) أو (١٠٠٠٠) نسمة من السكان. ولأنها تزداد ازدياداً كبيراً مع التقدم في السن؛ فإنها عادة تحسب لمجموعات معينة من الأعمار - على سبيل المثال (١٥) بين كل (١٠٠٠) امرأة في العقد السادس من العمر. وكبديل لذلك يمكن مقارنة معدلات الوفيات عبر سلسلة الأعمار الكاملة لدى مجموعات سكانية مختلفة بعد استبعاد تأثير الفوارق في تركيب أعمار السكان. وتكون هذه معدلات وفيات قياسية للسن. وما لم تلحظ التركيب السنّي للمجموعة السكانية؛ فإن الأماكن التي فيها عدد أكبر من المسنين تبدو أقل صحة من الأماكن التي تحوى عدداً أكبر من الأشخاص الأصغر سناً. وأحياناً لتسهيل المقارنة بين المجموعات تستخدم "نسب وفيات موحدة القياس". وهي تتيح مقارنة معدلات الوفيات لجميع الأعمار بين المجموعات السكانية بعد إزالة الفوارق بين التركيب السنّي لكل منها. (ويتم حساب ذلك بأخذ معدلات الوفيات لأعمار محددة من مجموعة السكان المقارنة، وتطبيقها على عدد الأشخاص في كل مجموعة سنّية في المجموعة السكانية المرجعية، وبيان العدد الإجمالي للوفيات الذي سينتجه ذلك في جميع المجموعات السنّية كنسبة مئوية من العدد الذي طرأ فعلاً في المجموعة المرجعية.) وعادة تأخذ مقاييس المرض السن بعين الاعتبار بطريقة مماثلة إلى حد كبير. وفي هذا الكتاب لن نبحث الفوارق في معدلات الوفيات ومقاييس المرض إلا بعد أخذ السن بعين الاعتبار.

وحين يقال لشخص ما إن معدلات الوفيات في مجموعة من الناس تبلغ ثلاثة أضعاف أو أربعة أضعاف معدلاتها في مجموعة أخرى؛ فقد يخيل له أن متوسط العمر المتوقع في المجموعة الأولى ليس أكثر من ثلث أو ربع المتوسط في المجموعة الثانية. ولكن إذا قلنا إن

متوسط العمر المتوقع لأشخاص في منطقة غنية في الولايات المتحدة أو في بريطانيا هو (٨٠) عاماً، وأن معدلات الوفيات في منطقة فقيرة أكثر بمقدار أربعة أضعاف، فمن الواضح أن القول إن متوسط العمر المتوقع بين الفقراء لا يتجاوز (٢٠) عاماً هو قول غير صحيح. وحساب كيفية تأثير الفوارق في معدلات الوفيات الموحدة القياس على متوسط العمر المتوقع أكثر تعقيداً من ذلك فالتأثيرات أقل بكثير؛ لأن الوفيات تتركز بصورة رئيسية في العمر المتقدم حيث تسبب اختلافاً أقل في متوسط العمر المتوقع. وحتى بين الأطفال لا يسبب اختلاف في معدلات الوفيات في سن الطفولة مقداره أربعة أضعاف - ولنقل بين حالي وفاة وثمانى حالات بين كل (١٠٠٠) طفل سنوياً - تأثيراً كبيراً على متوسط العمر المتوقع العام لأن معدلات الوفيات ضئيلة. ومن الواضح أن التأثير سيكون أكبر بكثير لو أن التفاوت البالغ أربعة أضعاف كان مثلاً بين (١٠) حالات و (٤٠) حالة وفاة بين كل (١٠٠٠) طفل. ويوفر لنا حساب أجرى على معدلات الوفيات السائدة في بريطانيا قبل عشرين عاماً دليلاً تقريبياً (مكتب الإحصائيات والمسوح السكانية ١٩٧٨). وهو يظهر علاقة خطية بحيث لا ينتج عن مضاعفة معدلات الوفيات الموحدة القياس بين سننى الخامسة عشرة والخامسة والستين أكثر من فارق أربع سنوات في متوسط العمر المتوقع. وقد تؤدي إضافة تأثير الوفيات قبل سن الخامسة عشرة وبعد الخامسة والستين إلى زيادة الاختلاف بحيث يصبح نحو ثمانى سنوات. ولكن معدلات الوفيات السائدة الآن أدنى مما كانت عليه آنذاك، ولذلك فإن مضاعفة معدلات الوفيات الموحدة القياس حسب السن ستنتج اختلافاً أقل في متوسط العمر المتوقع العام عند الولادة.

وقد تكون أسهل طريقة للتوصل إلى رؤية حدسية لمعنى الفوارق الاجتماعية الاقتصادية في معدلات الوفيات هي تخيل شخصين كل منهما له دائرة من الأصدقاء والأقارب، والدائرتان متماثلتان في الحجم، ولنقل أن كلاهما تتكون من خمسين علاقة شخصية، لكنهما يعيشان في منطقتين منفصلتين إحداهما غنية والأخرى فقيرة. في مقابل كل حالة وفاة تطراً في دائرة أصدقاء الشخص الذى يعيش في المنطقة الغنية، ستطراً حالتا وفاة أو ثلاث أو أربع في دائرة أصدقاء الشخص الذى يعيش في المنطقة الفقيرة.

## قياس عدم المساواة فى الصحة:

يبدو القول إن معدلات الوفيات فى المناطق الفقيرة أعلى بمقدار ضعفين أو ثلاثة أو أربعة من معدلاتها فى المناطق الأكثر غنى - قولاً يفتقر إلى الوضوح. والغموض الظاهري هو جزئياً حول المجموعات الاجتماعية التى تجرى مقارنتها، وجزئياً حول مدى دقة تصنيف السكان فى مجموعات مختلفة. وكلما كان الحد الأقصى للثروة والحد الأدنى للفقر اللذين يخضعان للمقارنة أكبر؛ تتعاضد الفوارق فى الصحة التى يحتمل العثور عليها. وهذا هو السبب فى أن نسبة وفيات الأشخاص الذين كانوا يعيشون فى الـ (١٠) بالمائة التى تمثل أكثر المناطق الانتخابية فقراً فى شمال إنجلترا فى الثمانينيات من القرن العشرين كانت مرتفعة بمقدار أربعة أضعاف المعدلات بين الأشخاص فى الـ (١٠) بالمائة الأعلى ثروة (فيليمور وآخرون. ١٩٩٤ Philimore et al.).

والإحصاءات القومية التى تصنف السكان النشطين اقتصادياً حسب المهن المرتبة وفقاً للمكانة الاجتماعية تظهر عادة فوارق تبلغ ضعفين أو ثلاثة فى معدلات الوفيات بين الأشخاص المصنفين فى الطبقة الاجتماعية الأولى وهى المهن الاحترافية (الأطباء والمحامون وكبار إداريي الحكومة ومديرو الشركات الكبرى،... إلخ.) والطبقة الاجتماعية الخامسة وهى المهن اليدوية التى لا تحتاج إلى مهارات. لكن المعلومات المستخدمة عن المهن مستقاة من شهادات الوفاة المبنية على معلومات مأخوذة من "أقرب أقرباء" المتوفى. وقد يكون من الصعب معرفة ما إذا كان "مدير شركة" هو عامل بناء يعمل لحسابه الخاص أو رجل أعمال كبير يتحكم فى إمبراطورية تساوى ملايين عديدة من الجنيهات. وعلى نحو مماثل، هل "مهندس كهربائى" يعنى شخصاً محترفاً يحمل مؤهلات جامعية أم عامل خط تجميع فى شركة قطع أجهزة كهربائية؟ وما ينتج عن هذه الصعوبات من سوء تصنيف للأشخاص تعنى أن فوارق الطبقات المهنية التى تعطيها هذه الحسابات لا بد أن تكون مغلوطة. ويمكن لدراسة وايت هول Whitehall المذكورة آنفاً أن تظهر أحد المؤشرات على مدى أهمية هذه المغالطة. فقد تم تصنيف موظفى الخدمة المدنية البالغ عددهم (١٧٠٠٠) موظف الذين أجريت الدراسة عليهم حسب ارتفاع درجتهم الوظيفية بالتعاون مع رب العمل. ومعنى ذلك أن

التصنيف كان دقيقاً جداً. وهكذا بينما لا تجد الإحصائيات القومية أكثر من اختلاف بمقدار ضعفين فى معدلات الوفيات بين المهن المحترفة والمهن اليدوية التى لا تحتاج إلى مهارة؛ فقد وجدت دراسة وايتهول اختلافاً قدره ثلاثة أضعاف بين موظفى المكاتب وحدهم.

لكن السبب فى أن فوارق الوفيات المبينة فى الإحصائيات القومية ليس كون التصنيف المهني أقل دقة فحسب؛ بل من المحتمل أنها أيضاً بصورة جزئية انعكاس لحقيقة أنه حتى ضمن أية مهنة هناك فوارق كبيرة جداً فى أشياء مثل التعليم والدخول. فعلى سبيل المثال، يصنف كل من المحامين الأغنياء والمحامين الفقراء العاطلين عن العمل فى الطبقة الاجتماعية الأولى. فالتصنيف المهني الصنف يعمى عن كثير من الفوارق التى توجد ضمن الفئات المهنية، ولكن فى دراسة وايتهول التى كان الجميع فيها موظفى دوام كامل يعملون لرب العمل نفسه، كان التصنيف حسب درجة التوظيف سيتطابق إلى حد كبير مع تصنيف حسب الدخل وسيكون قريباً من تصنيف يجرى حسب التعليم. ومن حيث الجوهر؛ فإن الطبقات المهنية التى يوردها المسجل العام the Registrar General تمثل تقسيمات إلى مجموعات من الأشخاص أكثر تفاوتاً فى الخواص الاجتماعية الاقتصادية من بعض التصنيفات الأخرى مثل درجات التوظيف المستخدمة فى دراسة وايتهول.

ويكفى هذا بالنسبة لتعقيدات القياس، ففى حين أن القارئ بحاجة لأن يكون مطلعاً على وجودها لا نحتاج إلى المزيد من المناقشة بشأنها.

### قابلية التحرك الاجتماعى والصحة:

أحد أسباب اعتبار الفوارق الاجتماعية الاقتصادية فى معدلات الوفيات هامة هو أنها على ما يبدو تظهر مدى الوفيات "الزائدة"، أو الوفيات التى يمكن منع حدوثها، فى مجتمع ما. والافتراض هو أنه إذا كان من الممكن لبعض الناس أن تكون معدلات الوفيات لديهم بهذا الانخفاض بين المجموعات الاجتماعية العالية، إذن يجب أن يكون من الممكن التوصل إلى معدلات وفيات منخفضة إلى الدرجة نفسها بالنسبة لجميع المجموعات. ومن المؤكد أن

مقدار زيادة المعدلات العالية تشير على ما يبدو إلى عدد الوفيات التي يمكن أن تعزى لعامل مثل الحرمان الاجتماعي والاقتصادي. لكن كان هناك احتمال أن تكون الفوارق الصحية نابعة من مصدر مختلف تماماً. فبدلاً من أن يكون الناس يعانون تدهور الصحة بسبب أنهم يعيشون في ظروف اجتماعية واقتصادية أكثر فقراً طُرح احتمال أنهم يعيشون في ظروف اجتماعية واقتصادية أكثر فقراً بسبب أن صحتهم متدهورة. وبعبارة أخرى طرحت مقولة إن ما يحدد صحة الناس هو شيء مستقل إلى حد كبير عن ظروف معيشتهم، وإن احتمال ارتقاء الهرم الاجتماعي أكبر بالنسبة للأشخاص المتمتعين بصحة أفضل، في حين يهبط الأشخاص المعطو الصحة. والمعنى المتضمن في هذا هو أن صور عدم المساواة الصحية تعود إلى قابلية انتقائية للتحرك الاجتماعي تصنف الأشخاص السليمين والأشخاص المفتقرين إلى الصحة في طبقات اجتماعية مختلفة.

وقد استخدمت عدة مجموعات كبيرة من البيانات لدراسة هذا الاحتمال. وتم جمع بيانات من فريقين من الأشخاص الذين توبعوا منذ ولادتهم في عام ١٩٤٦ أو ١٩٥٨م يمكنها الآن تحديد العلاقة بين الصحة المبكرة وقابلية التحرك الاجتماعي اللاحقة. وتوصلت مجموعتا البيانات كلتاهما إلى أن الافتقار إلى الصحة يؤثر فعلاً على قابلية التحرك الاجتماعي ولكن حجم التأثير أصغر من أن يفسر مقداراً كبيراً من مجمل الفوارق الصحية (باور وآخرون Power *et al.* ١٩٩٠؛ وادزورث Wadsworth ١٩٨٦). ولأن الأشخاص الذين تغطيهم هاتان الدراستان لم يبلغوا بعد السن الكافية لإظهار التأثيرات التي يمكن للمرض في الكهولة أن يؤثر بها على الفرص المهنية في مستقبل الحياة؛ فقد تم تناول هذا الجانب من الموضوع من خلال الدراسة الطولية The Longitudinal Study (فوكس وآخرون Fox *et al.* ١٩٩٠). وقد بدا أنه من المحتمل أن الأشخاص الذين يصابون بأمراض مزمنة في مراحل لاحقة من حياتهم قد يضطرون إلى التخلي عن وظائف كثيرة المتطلبات، وينزلون إلى درجة أدنى على السلم الاجتماعي. وبالنسبة للوفيات التي حدثت في عينة تمثل (١) بالمائة من السكان البريطانيين الخاضعين للتعداد السكاني أتاحَت الدراسة الطولية



المجال لتصنيف الوفيات وفق المعلومات المهنية التي قدمها كل شخص قبل بضع سنوات. وبعبارة أخرى كان من الممكن تصنيف الناس لا على أساس ما يمكن أن يكون مهنة ذات مركز أدنى خلال سنوات ضعفهم، ولكن على أساس المهن التي كانوا يعملون بها قبل موتهم ببضع سنوات. وقد توصل هذا أيضاً إلى أن تأثيرات المرض على قابلية التحرك الاجتماعي كانت ضئيلة جداً. وقد توصلت عدة دراسات أخرى - وهي دراسات تناولت القدرة على الحركة عبر الأجيال وضمن الأجيال بالنسبة للصحة - إلى النتائج نفسها (لندبرج Lundberg ١٩٩١؛ بلين وآخرون Blane et al. ١٩٩٣).

ومن طرق النظر إلى هذا الموضوع نفسه من زاوية أخرى النظر إلى الفوارق الطبقيّة في الوفيات بين النساء المتزوجات أو بين الأطفال مصنفة حسب مهن الأزواج أو الآباء. ويمكننا ونحن واثقون إلى حد معقول افتراض أنه على الرغم من أن المهنة "المرجع" للأزواج أو الآباء قد تتأثر بصحتهم هم؛ فإنها ستكون أقل تأثراً بأمراض زوجاتهم وأولادهم. وهكذا فإنه من غير المحتمل أن تكون الفوارق الطبقيّة الكبيرة في صحة النساء المتزوجات والأطفال حين تصنف حسب مهنة الزوج أو الأب، ناتجة عن قدرة انتقائية على التحرك في سوق العمل تميز بين الأصحاء والأقل صحة (بلين وآخرون ١٩٩٣). ونمط فوارق الوفيات بين النساء المصنفة حسب مهنهن مشابه جداً لنمط الفوارق بين الرجال.

وقد بين بارتلي Bartley مؤخراً أنه من المرجح أن تجعل قدرة التحرك الاجتماعي تأثير الفوارق الطبقيّة في الصحة أضعف وليس أشد مما يكون عليه بدونها (بارتلي وبلويس Plewis، قيد النشر ١٩٩٦). وهذا لأن الأشخاص الذين يرتقون من طبقات اجتماعية أدنى لا يتمتعون بصحة جيدة تماماً مثل الأشخاص المولودين في الطبقات الأعلى. وعلى نحو مماثل يميل الناس الذين ينزلون السلم إلى التمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين ينتمون بصورة دائمة إلى الطبقات الاجتماعية الأدنى. ولذلك فإن الحركة - صعوداً كانت أم هبوطاً - تنزع إلى تقريب طرفي الصحة الجيدة والسيئة.

وأهم مساهمة تقدمها قدرة التحرك الاجتماعى فى الفوارق الصحية تتعلق بقدرة الأشخاص الأكثر طولاً، الذين يغلب عليهم أيضاً التمتع بصحة أفضل، على الارتقاء إلى الأعلى (نيستروم بك Nystrom Peck ١٩٩٢). وقد أظهرت بعض الأبحاث التى أجريت مؤخراً أن هذا الترابط بين الطول والصحة وقابلية التحرك نحو الأعلى لا يعكس ميزة وراثية، بل يعكس عدداً من المؤثرات البيئية القوية منذ الطفولة المبكرة. وسنبحث هذا فى الفصل العاشر.

### الفوارق الصحية والتركيب الوراثى:

إن الاهتمام بقابلية التحرك الاجتماعى هو فى جوهره اهتمام بأن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية فى الصحة قد تكون نتيجة المرونة الاجتماعية لدى السكان. ولكن فى الولايات المتحدة كانت هناك نزعة لرؤية فوارق صحية مماثلة وكأنها عرقية فى أصلها. وهنا كان الثبات الاجتماعى والتركيب الوراثى هما الطريقة المفضلة لإعفاء البنى الاجتماعية والاقتصادية من اللوم، وهاتان فى جوهرهما إستراتيجيتان متضادتان تؤيدان الوظيفة نفسها. ولا حاجة للقول إن البحث قد أظهر أن الفوارق العرقية فى الصحة فى الولايات المتحدة تعللها إلى حد كبير الفوارق فى ظروف الأشخاص الاجتماعية والاقتصادية.

كما طرحت اقتراحات - لكن بلا دليل تجريبى - أنه قد تكون هناك فوارق وراثية بين الطبقات الاجتماعية يمكنها أن تفسر صور عدم المساواة الصحية (همزورث Himsworth ١٩٨٤). ولم يظهر فحص فئات الدم عبر الطبقات الاجتماعية أى دليل على فوارق وراثية بينها (كليهر وآخرون Kelleher et al. ١٩٩٠). بل حقاً إن إحدى الدراسات التى ذكرت وجود فوارق طبقية بين فئات الدم وجدت أن فئة الدم التى ترتبط بذكاء أعلى أكثر شيوعاً بين الطبقات الاجتماعية الأدنى (ماسكى - تيلور Mascie-Taylor ١٩٩٠).

إن ازدياد عبء المرض من مصادر بيئية ينزع إلى زيادة مدى الانتقاء الوراثى بالنسبة لإمكانية مقاومة الأمراض المختلفة. ولذلك فمن الممكن تماماً أن يوفر بقاء الأفضل مصفاة انتقائية أقوى للمورثات الأفضل لدى الطبقات الأدنى حيث يكثر انتشار الأمراض. وهناك بالتأكيد

من يقول إنه في كل مكان تزيد فيه الظروف البيئية الأفضل من فرص البقاء؛ فإنها تتيح البقاء للأفراد ذوي اللياقة الوراثية الأقل، وهكذا يمكن توقع أن تنتقى الظروف الأقسى والأمراض الأكثر انتشاراً مجموعة سكانية أكثر لياقة. ولكن مدى قابلية التحرك الاجتماعي سيضمن سرعة انتشار المزايا الوراثية النابعة من ذلك المصدر بين المجموعة السكانية بأكملها.

وتتيح دراسات التوائم المتماثلة وغير المتماثلة تقويم القوة النسبية لعناصر طول العمر الوراثية والبيئية. ويخلص هايكاوا Hayakawa دراستين بقوله إن النتائج تبين أن "العوامل البيئية لها تأثير كبير والعوامل الوراثية ذات تأثير معتدل على طول عمر الإنسان" (هايكاوا وآخرون ١٩٩٢، ص ١٨٤). كما استنتج أن المعدلات المنخفضة لتوافق التوائم في الأسباب التي تؤدي إلى وفاتهم، بالإضافة إلى قلة الاختلاف في معدلات التوافق بين التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة توحى أن المؤثرات البيئية هي المحددات المهمة بصورة طاغية لأسباب الموت. (لأن التوائم المتماثلة تتماثل وراثياً والتوائم غير المتماثلة تشترك في المتوسط في نصف مورثاتها، فإن الاختلاف في معدلات التوافق بين المجموعتين يمكن أن يعزى إلى الاختلاف البالغ ٥٠ بالمائة في تماثلهما الوراثي. وهكذا يتم حساب المساهمة الوراثية الكاملة في الاختلاف بحساب ضعف الاختلاف بين معدلات التوافق للتوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة.)

وهناك عدد من الأدلة الظرفية تجعل وجود مساهمة وراثية كبيرة في صور عدم المساواة الصحية أمراً غير محتمل. فاولاً انعكس التوزيع الاجتماعي لبعض أهم أسباب الوفاة خلال منتصف القرن العشرين، وتشمل هذه الأسباب مرض القلب الإكليلي والسكتة وفقرط ضغط الدم والبدانة والقرحات العفجية والتهاب الكلى والكلى والانتحار وسرطان الرئة (كوسكينين Koskinen ١٩٨٥). لا يمكن أن يكون هناك شك كبير في أن عوامل بيئية تكمن وراء هذه التغيرات (مارموت وآخرون Marmot et al. ١٩٧٨).

وبالإضافة إلى انعكاس الفوارق الطبقيّة بالنسبة لبعض الأمراض مع مرور الزمن، ما يلفت الانتباه أيضاً هو أن خط الميل الاجتماعيّ في الوفيات يظهر في أمراض كثيرة مختلفة تماماً وأن الأمراض ذات خطوط الميل الأكثر انحداراً تختلف من دولة إلى أخرى. وهكذا ففي حين أن مرض القلب الإكليلي هو أحد المساهمين الرئيسيين في الفوارق الطبقيّة في الوفيات في بريطانيا، فإن مساهمته في فرنسا غير مهمة نسبياً (لوكرك وآخرون Leclerc et al. ١٩٩٠). وعدم المساواة الصحيّة في فرنسا ينبع بصورة رئيسية من وفيات وحوادث ذات علاقة بالمشروبات الكحولية. وفي الدول الإسكندنافية تميز الفوارق في الوفيات من أمراض السرطان لأن تكون أقل أهمية منها في فرنسا وبريطانيا (لوكرك ١٩٨٩). وإذا أراد المرء أن يجادل أن هناك عنصراً وراثياً في النجاح الاجتماعي - الاقتصادي وأنه مرتبط بقابلية أقل للإصابة بالأمراض؛ فلن يكون من المنطقيّ عندئذ القول إن ذلك العنصر مرتبط بقابلية أقل للإصابة بأمراض مختلفة في كل دولة.

وكثيراً ما يساء فهم العلاقة بين المساهمات الوراثية والبيئية في المرض. ففي أحيان كثيرة تعتبر الأمراض إما وراثية أو بيئية، أو أن نسبة معينة منها تعود لإحدى الفئتين والباقي للفئة الأخرى. وتبنى هذه الانطباعات عادة على البيانات التي تربط النسب المختلفة من الأشخاص في المجموعة السكانية المصابين بأمراض أو غير المصابين بأمراض والنسب المختلفة منهم الذين لديهم عوامل خطر مختلفة وراثية أو بيئية. ولكن بالطبع تتفاعل المورثات والبيئة. وعادة القابلية الوراثية للإصابة بالمرض هي قابلية وراثية للتعرض لأخطار بيئية محددة. ويمكن توضيح الصعوبة بمقارنة مرضين. تخيل أولاً مرضاً يحدث بين أقلية صغيرة مؤلفة من أشخاص لهم صفة وراثية معينة. يمكنك أن تقول إن هذا المرض وراثي بنسبة (١٠٠) بالمائة تقريباً. والآن فكر في مرض من الأمراض التي تصيب الجميع مثل جدري الماء أو السعال أو الزكام. إن حقيقة أن جميع الكائنات البشرية يمكن أن تصاب بها ومع ذلك هناك بعض أنواع الحيوانات الأخرى لا تصاب بها تعني أن هذه الأمراض أيضاً وراثية تماماً.

وفى الواقع إن الأمراض التى يقال إن لها عنصراً وراثياً ليست سوى فئة فرعية من الأمراض تجعل الفوارق الوراثية بين السكان بعض الأشخاص أكثر تعرضاً لها من الآخرين. ولكن حتى فى هذه الظروف، ستتغير نسبة المرض الذى تبدو القابلية الوراثية للإصابة به مرتفعة مع تغير التعرض للخطر البيئى. وعلى سبيل المثال، من المعتقد أن جزءاً كبيراً من الاختلاف فى الطول فى الدول المتقدمة اليوم هو تعبير عن فوارق وراثية. ولكن فى مجتمع أكثر فقراً حيث ينتشر سوء التغذية، ويعانى بعض الناس الجوع فى حين ينعم آخرون بالوفرة، تبدو المحددات البيئية للفوارق فى الطول أكثر أهمية بكثير مما هى عليه فى الدول الأكثر ثراء. وعلى نحو مشابه اختفت أمراض مثل السل قليل عنها إنها تتضمن مكوناً وراثياً مهماً مع التغير فى البيئة. فمن الواضح أن الظروف البيئية المسنولة عن المرض بين كل الأشخاص الأكثر والأقل عرضة وراثية له قد اختفت (لكنها أخذت تعود الآن). والمعنى الضمنى الواضح هو أن الأقوال المبنية على أدلة المقاطع العرضية (أى الأدلة المجمعة من مجموعة سكانية فى نقطة زمنية معينة) عن المكونات الوراثية للمرض قد لا تكون لها دلالة كبيرة فيما يتعلق بتبنى إستراتيجية وقائية فى الصحة العامة.

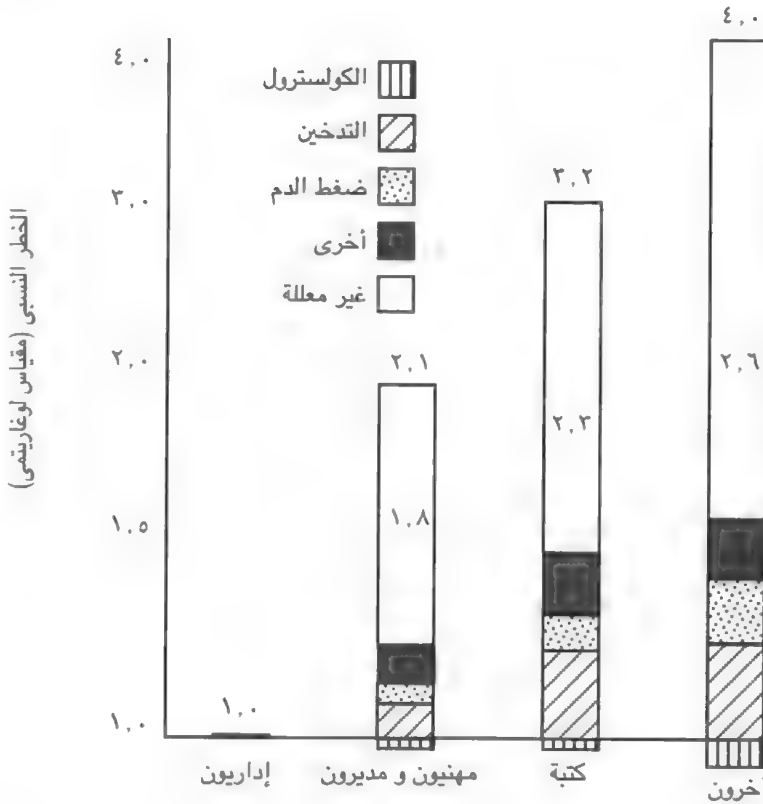
### عوامل الخطر السلوكية:

بصورة منفصلة عن التفسيرات المقترحة لصور عدم المساواة الصحية على أساس التركيب الوراثى والقدرة الانتقائية على التحرك الاجتماعى، كان هناك مدخل آخر قام فى الوقت نفسه بنفسه بتبرئة البنية الاجتماعية أيضاً من المسؤولية، وهو مدخل يوحى أن عدم المساواة ناتج عن فوارق فى استعداد الناس لتبنى أسلوب صحى فى المعيشة؛ فقد اقترح أن العثور على أسباب الفوارق الصحية هو فى الفوارق فى التدخين وشرب المسكرات والحمية والتمارين وما إلى ذلك. وقد قامت عدة دراسات ضخمة بقياس مساهمة عوامل من هذا النوع فى التفاوت فى معدلات الوفيات؛ فالاختلاف فى معدلات الوفيات من مرض القلب البالغ أربعة أضعاف والذى اكتشف بين كبار وصغار الموظفين فى الدوائر الحكومية - أعطى فرصة

جيدة جداً لفحص تأثير عوامل الخطر هذه وغيرها على معدلات الوفيات (ديفي سميث وآخرون. Davey Smith *et al.* ١٩٩٠). إن مرض القلب الإكليلي هو أهم أسباب للوفاة التي يُعرف ارتباط عدد من عوامل الخطر السلوكية فيها. لكن دراسة وايت هول اكتشفت أن جميع عوامل الخطر المعروفة بالنسبة لمرض القلب، بما فيها عوامل مثل ضغط الدم أو القامة القصيرة التي هي جزئياً أو كلياً خارج متناول تحكم الأفراد، لا تفسر سوى جزء قليل إلى حد ما من خط ميل وفيات مرض القلب (مارموت وآخرون. Marmot *et al.* ١٩٧٨ ب). وبين الجزء المظلل من الأعمدة في الشكل (٤ - ١) الجزء من الفوارق البالغة أربعة أضعاف في مرض القلب الذي يمكن تعليله على أساس عوامل الخطر الرئيسية المعروفة. ويوحى ترك هامش للقياسات غير الدقيقة لبعض عوامل الخطر أنه قد يكون من الضروري زيادة النسبة المقدرة للفوارق التي يمكن تفسيرها من أدنى من الثلث بقليل (كما هو موضح) إلى ما يقارب (٤٠) بالمائة. وإذا أردنا أن نعزل من هذه الـ (٤٠) بالمائة عوامل الخطر التي يمكن التحكم بها على الأقل جزئياً من خلال تغيير السلوك، قد نجد أنه يمكن تفسير نسبة من الفوارق في وفيات مرض القلب أقرب إلى الربع. ولكن ثبت أن تغيير السلوك أصعب بكثير مما كان يتخيل في الماضي. ومن النماذج المعقولة عن ذلك نتائج اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة في الولايات المتحدة، وهو أكبر اختبار لتغيير السلوك أجرى على الإطلاق (مجموعة اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة ١٩٨٢). فقد حاول الاختبار أن يغير الحمية والتدخين والتمارين بين الرجال البيض الذين صنفوا على أنهم يمثلون أعلى (١٠) بالمائة من حيث خطر الإصابة بمرض القلب الإكليلي. وعلى الرغم من الجهود المركزة خلال ست سنوات لم تنجح المجموعة في تحقيق أكثر من تغييرات ضئيلة. وهذا يعني أنه من غير المحتمل أن يحقق الطريق السلوكي باعتباره مدخلاً للوقاية شيئاً يعادل التخفيض في مرض القلب الذي يبدو أن عوامل الخطر السلوكية تسهم به. ومن الواضح أن السلوك مرتبط بالسياق الاجتماعي الذي يعيش الناس فيه، ومن الصعب تغييره في معزل عنه. بل من المؤكد أنه لو لم تكن البيئة الاجتماعية هي التي تحدد السلوك، فمن المفترض ألا يكون هناك درجة

ميل للطبقات الاجتماعية في التدخين أو في التركيب الغذائي أو في مقدار التمارين التي يقوم الناس بها في أوقات الفراغ. وبعبارة أخرى، قد يتطلب تغيير السلوك تغييراً يصل إلى أشياء أخرى بالإضافة إلى السلوك.

**الشكل (٤ - ١): خطر الموت النسبي من مرض القلب الإكليلي وفق التدرج الوظيفي، ونسب الفوارق التي يمكن تفسيرها بصورة مرضية من خلال عوامل خطر مختلفة.**



ملاحظة: "أخرى" = الطول وحجم الجسم والتمارين وتحمل الغلوكوز.

المصدر: غ. روز وم. مارموت، "الطبقة الاجتماعية ومرض القلب الإكليلي". مجلة القلب البريطانية  
*British Heart Journal* ١٩٨٨: ١٣-١٩.

وعلى الرغم من جهود البحث التي لا مثيل لها والتي انصبّت على اكتشاف أسباب مرض القلب؛ فإن معظم الوباء العصري يبقى بلا تعليل. ولا يقتصر الأمر على أن العوامل السلوكية لا تفسر سوى جزء قليل من درجة الميل الاجتماعية، بل هي أيضاً صعبة التغيير. وكما عبر روز Rose عن المسألة، إذا كنت في فئة الخطر الأدنى بالنسبة لجميع عوامل الخطر السلوكية يبقى مرض القلب أكبر الأسباب التي يحتمل أن تؤدي إلى وفاتك (روز ١٩٨٥).

وباستثناء سرطان الرئة وربما نقص المناعة المكتسب (الإيدز) يرجح أن تكون احتمالات استخدام تغيير السلوك لمعالجة صور عدم المساواة الصحية في أسباب أخرى هامة من أسباب الوفاة محدودة أكثر مما هي بالنسبة لمرض القلب؛ ذلك لأنه في معظم مسببات الوفاة الأخرى تتوافر معلومات أقل عن عوامل الخطر السلوكية. وجهلنا بالمسببات السلوكية لأمراض مثل السكتة وسرطان الثدي أو المعدة يعنى أن الفوارق الطبقيّة في معدلات الوفيات من هذه الأمراض لا يمكن رؤيتها ببساطة على أنها إخفاق في الالتزام بأوامر ونواهي السلوك الصحي. وكون الفوارق في التدخين لا تغطي على الصورة يظهر من حقيقة أن نسبة الزيادة أو النقص في الوفيات الناجمة عن الأمراض المتعلقة بالتدخين ليس أكبر مما هو عليه بين الأمراض غير المتعلقة بالتدخين (مارموت Mckeown et al. ١٩٨٦).

### الرعاية الطبية:

لأنه كثيراً ما يسود اعتقاد بأن مستويات الصحة الحديثة تعكس تقدم العلوم الطبية؛ فقد يكون من المستحسن إعادة تأكيد ما قلناه في الفصل السابق حول هذا الموضوع. لقد رأينا في ذلك الفصل أن الجزء الأكبر من هبوط معدلات الوفيات من الأمراض السارية الكبرى (مثل الشاهوق والأنفلونزا والسل والخناق والحصبة والحمى القرمزية والهيضة) الذي طرأ منذ أواخر القرن التاسع عشر حدث فعلياً قبل تطوير الأشكال الفعالة من المعالجة وإكساب المناعة (ماكيون وآخرون Mckeown et al. ١٩٧٥).



والمغزى الراهن للبيانات التاريخية هو أنها تظهر وجود مؤثرات قوية أخرى على الصحة، وتعنى ضمناً أنه حتى بدون الطب الحديث يمكن أن نثق إلى حد معقول أننا لن نهلك بسبب الأمراض المعدية التي كانت منتشرة في العصر الفيكتوري. ولكن بالنسبة لأمراض السرطان والأمراض التنكسية الحديثة، وربما أيضاً بالنسبة للأمراض المعدية الحديثة، قد يكون دور الرعاية الطبية الآن مختلفاً تماماً. ولكن مرة أخرى نكرر أن الأدلة توحى أن الطب ليس المحددة الرئيسية للصحة بين المجموعات السكانية الحديثة. وقد وجد مشروع بحث يسعى للتوصل إلى مقاييس للصحة بين المجموعات السكانية التي تبدو حساسة للفوارق في توفير الرعاية الطبية والتي يمكن استخدامها كمؤشرات على كفاءة الخدمات الطبية المحلية - وجد أن جميع معدلات الوفيات ومقاييس الصحة التي نظر فيها كانت أكثر حساسية للاختلافات في الظروف الاجتماعية - الاقتصادية منها للرعاية الطبية (مارتينى وآخرون. 1977 Martini et al.). ومدخل آخر للتعرف على فوائد الرعاية الطبية بالنسبة لصحة السكان هو استخدام الخبرة الطبية في تحديد مجموعة من الظروف التي ينبغي بالنسبة لها أن تكون المعالجة الطبية الجيدة ناجحة بشكل كافٍ للوقاية من جميع الوفيات تقريباً. وفي العادة لا يصنف أكثر من أسباب (5 - 15) بالمائة من جميع الوفيات في فئة الأسباب التي يمكن علاجها كلياً. ولكن حتى ضمن هذه الشروط التي ينبغي أن يصل فيها تأثير الرعاية الطبية إلى ذروته؛ تبين مراجعة للدراسات أن معدلات الوفيات لا تزال أكثر ارتباطاً بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية منها بمتغيرات الرعاية الطبية (مكنباك وآخرون. Mackenbach et al.).

وقد انطوت الدراسة التي تعطى أكثر تقديرات فوائد الرعاية الطبية سخاء على استخدام أحكام مبنية على المعرفة الطبية حول المزايا التي يقدمها كل من الحقول الرئيسية للخدمات الطبية، بما في ذلك التقصى وإكساب المناعة وحقول المعالجة الرئيسية. وعلى الرغم من تقدير المزايا بدلاً من قياسها، توصلت الدراسة إلى أن مجموع مزايا جميع أشكال الوقاية والعلاج الطبيين المتوافرة الآن تضيف حداً أقصى خمس سنوات لمتوسط العمر المتوقع للأمريكيين (بنكر وآخرون. 1994 Bunker et al.). وبوضع هذا إلى جانب

إجمالي الزيادة البالغ ما يقرب من (٢٥) عاماً من العمر المتوقع للأمريكيين خلال القرن العشرين؛ فإنه يوحى أن الطب لم يسهم في هذا الإجمالي بأكثر من (٢٠) بالمائة منه.

لكن ضالة أى تأثير يمكن أن يكون للرعاية الطبية على صحة السكان ليست سبباً للاعتقاد أنها غير فعالة. فالسلاح الطبى فى الجيش يمكن أن يقوم بعمل لا يقدر بثمن فيما يتعلق بجروح المعركة، ولكنه مع ذلك لا يشكل فى أى وقت من الأوقات محددة هامة من محددات عدد الإصابات فى المعركة. وفيما يتعلق بصحة المدنيين، فمساحة المعركة هى الظروف الاجتماعية والاقتصادية التى نعيش فيها. والأكثر أهمية بكثير من الفوارق الصغيرة التى يمكن للطب أن يخفضها بالنسبة لبقاء مرض السرطان ومرض القلب هو الاختلافات فى الإصابة بهذه الأمراض. ففى حالات كثيرة يكون مجال التدخل الطبى ضيقاً جداً، وكثيراً ما يكون أول أعراض مرض القلب هو الموت المفاجئ. وبصورة جوهرية، فإن ما يحدد صحة المجموعات السكانية هو طبيعة الحياة الاجتماعية والاقتصادية وليس الرعاية الطبية، ودور الطب هو مجرد الترميم. ومع ذلك لا ينبغي التقليل من أهمية ذلك الدور، فجودة الحياة، وخاصة لدى كبار السن، ترتقى من خلال سلسلة كاملة من الإجراءات الروتينية مثل عمليات الساد (إعتام عدسة العين) وتصليح الفتوق وتفريج الآلام واستبدال الورك وإزالة أوعية الدوالي.

وبأخذ الإسهام البسيط نسبياً الذى تسهم الخدمات الطبية به فى صحة السكان ككل بعين الاعتبار، فليس من المستغرب أن تأثير الفوارق فى الرعاية الطبية على عدم المساواة الصحية لا يذكر. وفى الدول التى لا تقدم الرعاية الطبية فيها مجاناً للجميع، أظهر الباحثون أن إضافة إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية كأحد المتغيرات الضابطة فى تحاليل صور عدم المساواة الصحية لا يؤدى إلى فرق كبير (هان وآخرون، ١٩٨٧ Haan et al.). والأعمال التى تبحث فى الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية فى البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بالسرطان ومرض القلب توحى أن الفوارق فى البقاء لا تنتج بصورة رئيسية عن فوارق فى المعالجة (ليون Leon وولكنسون Wilkinson ١٩٨٧). وضمن الخدمة الطبية الوطنية فى بريطانيا اقترح بحث واحد على الأقل أن توزيع الرعاية الطبية قد يحاىى الفقراء حتى بعد أخذ ازدياد تواتر الصحة المتدهورة بينهم بعين الاعتبار (أودونل وآخرون، O'Donnell et al.).

## اختلاف صور عدم المساواة الصحية:

قبل فيض الأبحاث الأخيرة فى صور عدم المساواة الصحية، وبالتأكيد قبل أن يتضح أن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية فى مجال الصحة لا يمكن إحالتها إلى الفوارق فى الرعاية الطبية أو الاختيارات السلوكية أو قابلية التحرك الاجتماعى أو التركيب الوراثى - بدا من المحتمل تماماً أن تكون نابعة من خصائص فى المجتمع متأصلة بعمق فى صور عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية فى الحياة الحديثة بحيث لا يمكن تغييرها. ورغم أن الحكومات قد تكون شديدة القوة فى النظرية الدستورية؛ فإنها فى التطبيق العملى كثيراً ما تجد أن هامش الحركة المتوافر لها ضيق، وحتى حين تكون لديها الإرادة السياسية، فإن مواجهة المصالح الثابتة القوية دون دعم السكان النشطين سياسياً كثيراً ما تكون خطرة. لكن الانطباع بأن الحكومات المختلفة ليس لها سوى تأثير سطحى على البنية الاجتماعية والاقتصادية، فى حين أن جذور عدم المساواة الصحية تكمن فى خصائص أعمق وأكثر بقاء - هو انطباع تناقضه الأدلة جزئياً على الأقل. وازدياد قدرتنا على قياس التغيرات فى صور عدم المساواة الصحية على مدى الزمن، وعلى القيام بمقارنات بين دولة وأخرى - يبين أنها قابلة للتفاوت. فصور عدم المساواة الصحية فى البلاد الإسكندنافية تميل لأن تكون أقل مما هى عليه فى بريطانيا وعدد من الدول الأخرى مثلاً. وفى دول مثل الولايات المتحدة وبريطانيا وفرنسا اتسعت صور عدم المساواة الصحية خلال العقود الأخيرة، فى حين تبدو فى دول أخرى، مثل اليابان أنها ثابتة أو تتضاءل. وهذا الدليل على قابلية التفاوت مع مرور الزمن والتفاوت بين دولة وأخرى مهم، فهو يظهر أن مدى عدم المساواة الصحية ليس ثابتاً بل هو حساس لنوع الفوارق الموجودة من قبل بين الدول والتي تطراً من وقت لآخر فى العالم المتقدم. وهو يظهر أن التفاوتات الكبيرة فى الصحة ليست حقيقة من حقائق الحياة الحديثة التى لا بد لنا من التعايش معها.

وكون صور عدم المساواة الصحية قابلة للاتساع رغم ازدياد الرخاء أمر مهم. فبدلاً من التقلص تحت تأثير الرخاء الاقتصادي بعد الحرب اتسعت التفاوتات الصحية في بريطانيا بشكل يكاد يكون مستمراً منذ منتصف القرن العشرين. ويأتى الدليل على ذلك من الأرقام الرسمية الخاصة بالوفيات المهنية التى تصدر كل عشر سنوات. فقد أظهرت هذه الأرقام فوارق تزداد اتساعاً خلال كل عقد منذ تعداد عام ١٩٥١م وفى سياق الرخاء المتزايد فى العقود التالية للحرب بدا الاتساع عكس ما هو بديهى، وظهرت نزعة للشك فى الأرقام. وقد طرح اقتراح أنها انطباع خاطئ ولأده تغير توزيع السكان الطبقي مع تضائل نسبة الأشخاص فى الطبقات الأدنى العاملة فى المهن اليدوية وازدياد أعداد مهن الياقة البيضاء الأعلى اجتماعياً. ونسى الناس أنه من حيث حجم الفجوة فإن أية حجة حول تأثير معدلات الوفيات الأكثر تطرفاً بين مجموعة منكمشة - وبالتالي قد تكون أكثر تطرفاً اجتماعياً - اقتصادياً - فى القاع ستقابلها المعدلات الأقل تطرفاً الآتية من المجموعة المتنامية فى القمة. كما طُرح أيضاً اقتراح أن مراجعات التصنيف الطبقي للمهن كل عشر سنوات يفقد المقارنات عبر الفترات الزمنية صحتها. وقد قامت باحثة أمريكية بحل هذه المشكلات باستخدام **مؤشر ميل عدم المساواة** الذى بدلاً من مجرد مقارنة الطبقات الاجتماعية المتطرفة قام بقياس مدى عدم المساواة فى الوفيات عبر مجموعة السكان بأكملها فى حين كان يزن كل طبقة بعدد السكان فيها (Pamuk ١٩٨٥). وقد عالجت باموك مشكلة المراجعات فى تصنيف المهن باختيار المهن التى كان بإمكانها تحديدها بصورة ثابتة طوال الفترة التى غطتها المقارنات التى قامت بها. وأظهرت باموك نتائج مستخدمة التخصيصات الطبقيّة للمهن مثبتة حسبما كانت عليه فى بداية الفترة، ومثبتة حسبما كانت عليه فى نهاية الفترة، وبعد ذلك متغيرة مع تغير التخصيصات الطبقيّة خلال الفترة. وبغض النظر عن الطرق، فإن النتائج أعطت صورة قوية عن تضائل فجوة عدم المساواة الصحية قبل منتصف القرن العشرين واتساعها منذ ذلك الحين.

ومن الانتقادات الأخرى للأرقام الرسمية الأصلية الخاصة بإنجلترا وويلز أن حساب معدلات الوفيات بمواعة المهن المسجلة على شهادات الوفاة والمأخوذة من "أقرب الأقارب"

مع أعداد السكان العاملين في كل مهنة المأخوذة من التعداد السكاني قد لا يكون موثقاً به. فمثلاً طرحت احتمالات أن ينزع أقرب الأقارب إلى "ترقية الموتى". فيمكن للأقارب مثلاً أن يقولوا عن الأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص أنهم مديرو شركات. (ومما يشير الاهتمام أن دور Dore يقول إنه بين الحين والآخر تقوم الشركات اليابانية بترقية بعض الأشخاص كتكريم لهم بعد وفاتهم - دور ١٩٧٣). وكان التغلب على مشكلات من النوع الأول هو السبب الجزئي في بدء الدراسة الطولانية التي قام بها مكتب الإحصائيات والمسوح السكانية. فبدلاً من استخدام المهن المسجلة على شهادات الوفاة تمكنت تلك الدراسة من ربط كل حالة وفاة مع المهنة التي ذكرها المتوفى في آخر تعداد للسكان. ومرة أخرى أوضحت النتائج أن الأرقام الرسمية لم تكن مضللة.

لقد رأينا الآن أن صور عدم المساواة الصحية لا يمكن فهمها على أساس القياسات المتحيزة أو القدرة الانتقائية على التحرك الاجتماعي أو الفوارق الوراثية أو عدم المساواة في الرعاية الطبية أو السلوك المتعلق بالصحة. كما لا ينبغي الاعتقاد أن كلاً من هذه الأمور يسهم بجزء بسيط وأن جمع تلك الأجزاء سيفسر جزءاً كبيراً من الصورة. فولاً إن التصنيف الاجتماعي المفتقر إلى الدقة يجعل الفوارق الصحية تبدو أقل مما هي عليه فعلاً. وثانياً في حين توجد قابلية التحرك الاجتماعي توجد أسباب للاعتقاد بأن تأثير قابلية التحرك الاجتماعي مجتمعة بأكملها يميل إلى التقليل من الفوارق (بارتلي وبلويس Plewis، قيد النشر ١٩٩٦). وثالثاً لا يوجد دليل أن هناك أية مساهمة وراثية ذات شأن وتوجد أدلة ظرفية كثيرة على عدم وجود أية مساهمة من هذا القبيل. ورابعاً إن التأثير الإجمالي للرعاية الطبية على صحة السكان ليس صغيراً إلى حد أنه يصعب قياسه فحسب، بل إن الفقراء في بريطانيا على الأقل يستخدمون الخدمات الطبية أكثر من نوى الدخول الأفضل، ومسألة ما إذا كان هذا كافياً للتعويض عن حاجتهم الأكبر هي موضوع جدال أكاديمي - وهذا يعني افتراضاً أن مقدار عدم التلاؤم ليس هائلاً. وأخيراً، في حين أن السلوك المتعلق بالصحة يفسر فعلاً عدداً قليلاً لا يستهان به من الفوارق الإجمالية، وأكثرية منها بالنسبة لسرطان الرئة ونقص

المناعة المكتسب (الإيدز)، فإن من الضروري تذكر شيئين: أولهما أن الفوارق في معدلات الوفيات من أسباب الوفاة الرئيسية غير المتعلقة بعوامل خطر سلوكية واضحة - تبقى كبيرة، وثانياً أن التنميط الاجتماعي لعوامل الخطر السلوكية يُظهر أنها تتأثر أيضاً بالبيئة الاجتماعية - الاقتصادية.

وبعملية الحذف هذه نتوصل إلى نتيجة أنه يجب تفسير الفوارق في الصحة المرتبطة بفوارق في المركز الاجتماعي - الاقتصادي إلى حد كبير جداً على أساس تلك الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية. لكن هذا الاستنتاج لا يستند ببساطة إلى حذف التفسيرات الممكنة الأخرى. ففي الفصول اللاحقة سنرى أدلة إيجابية على ما يبدو أنه علاقات سببية بين الصحة وخصائص معينة من الحياة الاجتماعية - الاقتصادية. وإخراج السبل السببية الهامة من شبكة التداعيات صعب؛ لأن جميع قياسات الصحة تقريباً مرتبطة بجميع قياسات المكانة الاجتماعية - الاقتصادية تقريباً. وقد بين الباحثون، دون أن يقصدوا طرح أية ادعاءات بالسببية المباشرة، درجات ميل حادة للوفيات تتعلق بمتغيرات مأخوذة من الإحصاء مثل امتلاك السيارات أو ما إذا كان الناس يملكون بيوتهم أم يستأجرونها. وباستخدام هذه المتغيرات ومعها الطبقة المهنية، من الممكن بناء مصفوفة للحرمان المتزايد، بدءاً بأشخاص الطبقة العليا الذين يملكون سيارات ويعيشون في بيوت يملكونها، وانتهاءً بالأشخاص العاملين في مهن يدوية لا تتطلب مهارات الذين لا يملكون سيارات ويعيشون في منازل مستأجرة. إن كل انخفاض في درجة من الدرجات في هذا الهيكل الهرمي يرتبط بصعود درجة في معدلات الوفيات (غولدبلات Goldblatt ١٩٩٠).

ترتبط سلسلة واسعة جداً من أسباب الموت بعدم المساواة الصحية. فمن بين أهم (٧٨) سبباً للوفاة بين الرجال هناك (٦٥) سبباً أكثر شيوعاً في المهن اليدوية مما هي عليه في المهن غير اليدوية، وكذلك الأمر بالنسبة إلى (٦٢) سبباً من أهم (٨٢) سبباً للموت بين النساء (تاونسند Townsend et al. وآخرون ١٩٨٨). وهذا يعني أن مدخلاً يأخذ كل مرض على حدة في تناول التأثيرات الاجتماعية - الاقتصادية لن يكون ناجحاً. والتعامل مع عوامل الخطر المنفردة الخاصة بالأسباب المنفردة للوفاة هو مدخل إلى الوقاية له قيود

شديدة. وقد توصل روز Rose إلى أنه لكي ينقذ حزام الأمان حياة ضحية واحدة في اصطدام للسيارات سيكون (٣٩٩) شخصاً قد ارتدوا أحزمة الأمان كل يوم لمدة أربعين عاماً دون أن يعود ذلك بفائدة بالنسبة لبقائهم على قيد الحياة (روز ١٩٨١). وبصورة مماثلة استخدم بيانات من دراسة فرامنغام Framingham وقام بحساب تأثير حمية منخفضة الكولسترول على أخطار الأزمة القلبية على الأفراد. إذا كان على الناس أن يعدلوا نظامهم الغذائي بشكل كافٍ لخفض مستويات الكولسترول لديهم بمقدار (١٠) بالمائة حتى سن (٥٥) عاماً؛ فإنه سيتعين على (٩٨) بالمائة منهم أن يغيروا نوع الطعام الذي يتناولونه كل يوم لمدة (٤٠) عاماً دون أن يشكل القيام بذلك وقاية لهم من الإصابة بأزمة قلبية. ولا تأتي هذه الحسابات من شخص يأخذ أرقاماً لا تعكس الواقع من أجل سياسات وقاية تافهة. وإنما هي استنتاجات مبنية على أفضل البيانات المتوافرة توصل إليها عالم أكاديمي كرس جزءاً كبيراً من حياته للصحة الوقائية. وإذا كان المربود بالنسبة للأفراد ضئيلاً بهذا الشكل حتى بالنسبة للإجراءات الوقائية التي تعتبر أكثر الإجراءات أهمية، فأى أمل هناك بالنسبة لعوامل الخطر الأقل أهمية في أسباب الوفاة الأقل أهمية؟ مرة أخرى تواجهنا الحاجة إلى تطوير سياسات وقائية مبنية على نظرة إلى محددات الصحة ذات توجه اجتماعي وبنوي أكبر.

## الفصل الخامس

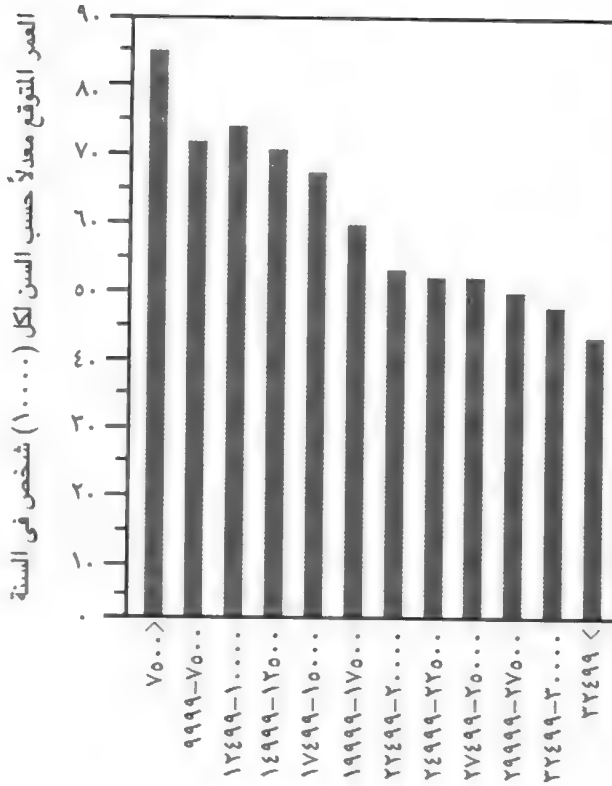
### توزع الدخل والصحة

إحدى أهم القضايا التي أثارها الفصلان السابقان هي التباين بينهما؛ فقد رأينا في الفصل الثالث أن الفوارق في الدخل والصحة بين الدول المتقدمة في أفضل حالاتها ضعيفة الارتباط جداً، ولكننا في الفصل الرابع رأينا أنه ضمن الدول المتقدمة هناك في معظم الأحيان علاقة وثيقة بين تلك الفوارق.

وبيانات المقاطع النموذجية التي تظهر التباين بين التطابق داخل كل دولة وعدم التطابق بين الدول موضحة في الشكلين (٥ - ١) و (٥ - ٢)؛ فالشكل (٥ - ١) يوضح بيانات أمريكية تغطي نحو (٣٠٠٠٠) رجل أبيض في اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة. إن معدلات الوفيات ترتبط بمتوسط دخول الأسر في مناطق الرمز البريدي التي تعيش فيها في الولايات المتحدة. ويثير الانتباه انتظام انخفاض معدلات الوفيات مع تزايد الدخل. ويظهر التدرج المنتظم هذا مرة تلو المرة. وهذا موضح بشكل آخر في الشكل (٤ - ١) على الصفحة ٩٠، الذي استخدمت فيه بيانات بريطانية من دراسة وايت هول White-hall التي تغطي (١٧٠٠٠) موظف في الخدمة المدنية. وكما رأينا في الفصل السابق، توجد علاقات وثيقة بين جميع قياسات الصحة تقريباً والمركز الاجتماعي - الاقتصادي. ودرجة ميل الوفيات الإجمالية بين موظفي الخدمة المدنية أكثر حدة مما هي عليه في البيانات الأمريكية، قد يكون بسبب أنها مصنفة بشكل أكثر دقة حسب المركز الاجتماعي - الاقتصادي. فتصنيف دراسة وايت هول كان تصنيفاً حسب المركز الاجتماعي - الاقتصادي المسجل بالتعاون مع رب العمل ولذلك فهو دقيق للغاية. وإلى حد كبير ستكون هناك علاقة وثيقة بين فوارق الدرجة المهنية ومستوى التعلم والدخل. ومن الناحية الأخرى، فإن بيانات اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة التي تستخدم متوسط الدخل في منطقة السكن ستصنف الأغنياء الذين يسكنون في المناطق الفقيرة على أنهم فقراء والعكس صحيح. وهذا سيؤدي إلى شيء من المغالطة في فوارق الوفيات.



الشكل (٥ - ١): الدخل والوفيات بين الرجال البيض في الولايات المتحدة



دولارات أمريكية ١٩٨٠م

المصدر: بيانات اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة المأخوذة من ج. ديفي سميث وج. د. نيتون وج. ستامر، "التفاضلات الاجتماعية - الاقتصادية في خطر الوفاة بين (٣٠٥٠٩٩) رجالاً أبيض".



كيف يمكن لنا إذن أن نحل التناقض الظاهري في أن الدخل مرتبط بصورة وثيقة بالصحة ضمن كل دولة لكنه غير مرتبط بها بعلاقة وثيقة بين دولة وأخرى؟ إن التفسير ليس مسألة بعض التشويه المتكلف للبيانات. ولا يعنى الضعف في بيانات إجمالى الناتج القومى التى بحثناها فى الفصل الثالث سوى أن من المحتمل أنه يجب مد المحور الأفقى إلى مسافة أبعد باتجاه اليمين؛ كى تزداد الفوارق فى إجمالى الناتج القومى للفرد بشكل مطرد. ولن يحقق هذا التغيير أى شىء لتحسين ترتيب الدول أو لإعطاء أى شىء شبيه بالتدرج السلس الذى يظهر فى الشكل (٥ - ١).

حيث إن النقاط فى الشكل (٥ - ٢) هى دول كاملة؛ فلا يوجد احتمال فى أن غياب تدرج واضح له أية علاقة بمشكلات خطأ المعاينة أو التنوع العشوائى. كما لا يمكن أن تكون البيانات الدولية أكثر تأثراً بالفوارق القومية فى الثقافة منها بالفوارق فى مستوى المعيشة. وأرقام إجمالى الناتج القومى المستخدمة محولة حسب تعادلات القوة الشرائية وليس حسب أسعار صرف العملات التى فيها شىء من الاعتبارية. وهذا يعنى أنها تعطى انعكاساً أكثر دقة على الأقل للفوارق النسبية فى القوة الشرائية. ولو أن الأمر كان مجرد إخفاء الفوارق الثقافية بين الدول لعلاقة أقوى بكثير؛ لوجب أن تكشف ذلك معاملات ارتباط التغيرات الحاصلة بمرور الوقت بين ١٩٧٠ و ١٩٩٠ م (انظر الشكل ٣ - ٢، ص ٥٦)، إلا إذا كانت الثقافات قد تغيرت بصورة جذرية فى اتجاهات مختلفة خلال تلك الفترة.

من الصعب استبعاد العلاقات المتضاربة التى توجد ضمن الدول والتى توجد بينها بتفسيرها بأنها مصطنعة بطريقة ما؛ فانهدام التطابق بين التدرج المنتظم فى الشكل (٥ - ١) وعدم وجود تدرج فى الشكل (٥ - ٢) يجب أن يُنظر إليه نظرة جدية، وهو يوحي بشدة أن الفوارق فى مستوى المعيشة تعنى شيئاً مختلفاً تماماً ضمن الدول عما تعنيه بين تلك الدول.

ولحسن الحظ يمكن حل هذا التناقض الظاهري بسهولة تامة. فقد سقنا فى الفصل الثالث حجة أنه بين الدول المتقدمة التى تجاوزت عتبة مستوى المعيشة التى يعينها التحول

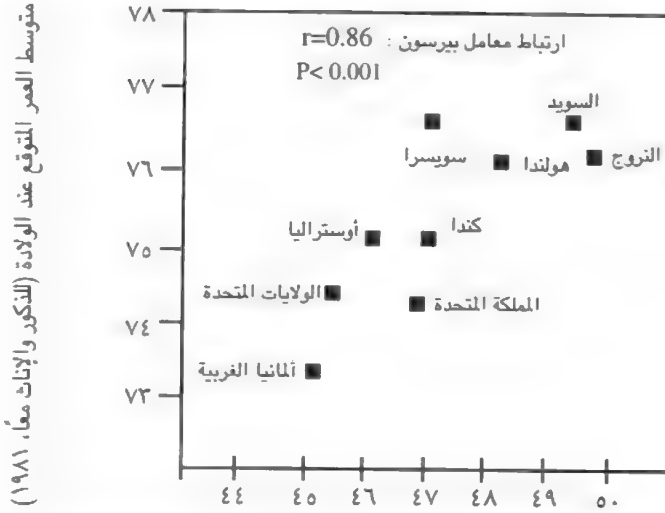
الوبائي (ارجع إلى الصفحة ٦٥)، لا تسبب الزيادات الإضافية في إجمالي الناتج القومي للفرد فرقاً كبيراً في الصحة. وقد توضح ذلك من انبساط المنحنيات في الشكل (٣ - ١). (ولو كانت الحجة صحيحة لما أدى اقتراح أن البيانات لم تأخذ بعين الاعتبار التحسينات في نوعية البضائع إلا إلى تأكيد ذلك الانبساط). ولكن ضمن الدول تحقق الفوارق في مستوى المعيشة ترتيباً اجتماعياً للسكان. ولا تعود الفوارق في المستويات المادية البحتة هي ما يؤثر في الصحة، بل ما يؤثر فيها هو المركز الاجتماعي ضمن المجتمعات. وعلى ذلك الأساس فإن الشيء ذا الأهمية ليس بحد ذاته هو ما إذا كان لديك سيارة أصغر أو بيت أصغر، وإنما المعنى الذي يمثله هذان الفارقان والفوارق المشابهة اجتماعياً والشعور الذي يجعلناك تشعر به تجاه نفسك والعالم من حولك.

ويمكن بصورة واضحة إثبات أننا حقاً نتعامل مع آثار الدخل النسبي وليس الدخل المطلق ضمن الدول. وعلى الرغم من أننا لا نستطيع أن ننظر إلى دخول الناس ونميز بين آثار الدخل النسبي والمطلق على المستوى الفردي، فإنه يمكننا التمييز بين الدول التي يكون الفقر النسبي فيها أكثر أو أقل. وتميل الدول التي تكون الفوارق فيها بين الأغنياء والفقراء أكبر (وهذا يعنى فقراً نسبياً أكثر أو أعمق) إلى أن تكون الصحة فيها أسوأ من الدول ذات الفوارق الأصغر. والدول التي تتمتع بأفضل صحة هي - كما سوف نرى - الدول المتقدمة الأكثر مساواة لا الأكثر ثراء.

ويُظهر الشكل (٥ - ٣) العلاقة بين حصة إجمالي الدخل الشخصي التي تلقتها العائلات الأقل رفاهية التي تمثل (٧٠) بالمائة من مجموع الأسر (وهي تمثل الـ ٥٠ بالمائة الأفقر من السكان أو ما يقرب منها؛ وذلك لأن الأسر الأكثر فقراً تنزع إلى احتواء عدد أقل من الأشخاص من الأسر الأكثر ثراء) ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة. وهذا المتوسط أعلى في دول مثل السويد والنرويج، حيث حصل السكان الأكثر فقراً البالغة نسبتهم (٧٠) بالمائة على حصة من الدخل أكبر مما هو عليه في دول مثل ألمانيا الغربية السابقة والولايات المتحدة التي هي دول أقل مساواة.

ويكشف النظر إلى التغيرات في مستوى فوارق الدخل على مدى الزمن العلاقة نفسها. ويستخدم الشكل (٥ - ٤) بيانات من دراسة التغيرات في الفقر النسبي بين عامي ١٩٧٥م و ١٩٨٥م. وقد تم تعريف الفقر النسبي بأنه نسبة السكان التي تتلقى أقل من نصف متوسط الدخل. ويبين الشكل أن دول الاتحاد الأوربي التي خفضت نسبة سكانها الذين يعيشون في فقر نسبي (مثل فرنسا واليونان) تمتعت بزيادات أسرع في متوسط العمر المتوقع عند الولادة من الدول التي ازداد الفقر النسبي فيها. (التغيرات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة وفي نسبة السكان الذين يعيشون في فقر نسبي خلال الفترة ١٩٧٥-١٩٨٥م مبينة بالمعدلات السنوية. وبسبب مشكلات في بيانات الوفيات فإن البيانات الخاصة بالبرتغال لا تغطي سوى السنوات ١٩٨١ - ١٩٨٥) (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٥).

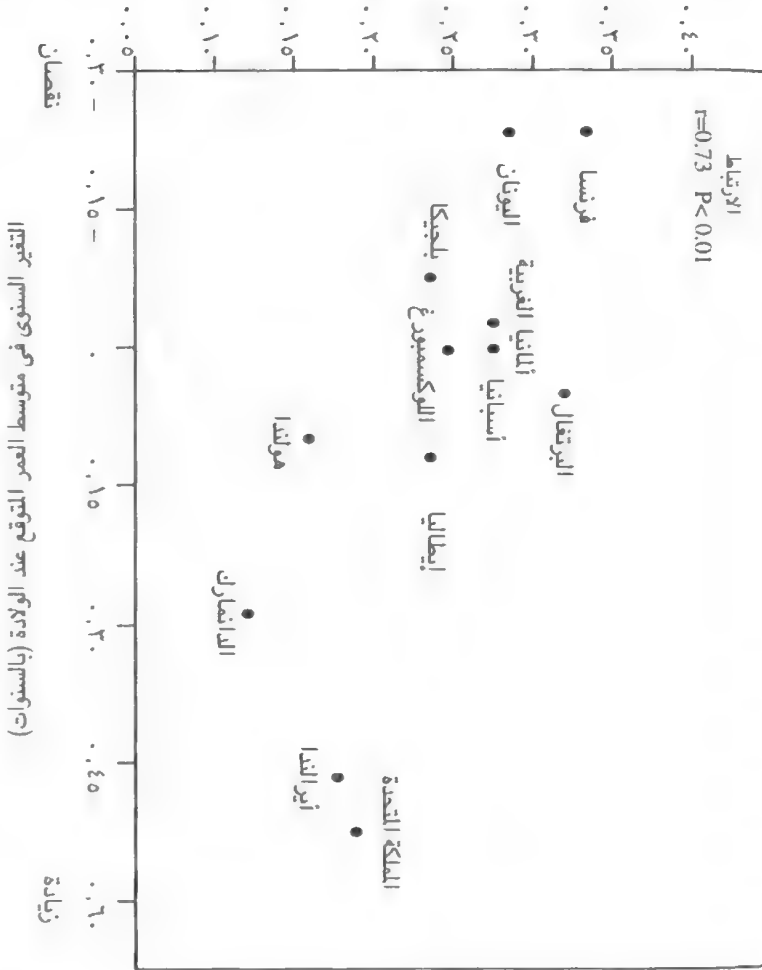
**الشكل (٥ - ٢): علاقة المقطع العرضي بين توزيع الدخل والعمر المتوقع (الذكور والإناث) عند الولادة في الدول المتقدمة، حوالي عام ١٩٨١.**



نسبة مجموع الدخل بعد الضرائب والمزايا الذي تلقتة العائلات الأقل رفاهية والتي تمثل (٧٠) بالمائة من مجموع الأسر.

المصدر: بيانات من ج. أ. بيشوب J. A. Bishop، وب. فورمبي J. P. Formby، و. ج. سميث W. J. Smith، مقارنات دولية لعدم المساواة في الدخل: دراسة دخل اللوكسمبورغ، ١٩٨٩: ورقة العمل ٢٦.

الشكل (٥ - ٤): المعدل السنوي للتغير في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في اثنتي عشرة دولة من الاتحاد الأوروبي ومعدل التغير في نسبة السكان الذين يعيشون في فقر نسبي، ١٩٧٥ - ١٩٨٥ م



النسبة المئوية للتغير السنوي في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في فقر نسبي

المصدر: بيانات من م. أو هيجنز M. O'Higgins و س. ب. جنكينز S. P. Jenkins، "الفقر في الاتحاد الأوروبي".  
في كتاب ر. تيكنز R. Teekens و ب. م. س. فان براغ B. M. S. van Praag (محرران) تحليل الفقر في  
المجتمع الأوروبي، اللوكسمبورغ، يوروستات، ١٩٩٠ م.

وقد اكتشفت العلاقة بين توزع الدخل ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة أولاً في بيانات كل من الدول الغنية والفقيرة. فبين مجموعة مؤلفة من نحو ست وخمسين دولة غنية وفقيرة أظهر رودجرز Rodgers أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة متعلق بكل من إجمالي الناتج القومي للفرد وتوزع الدخل (رودجرز ١٩٧٩). وقد أوردت ثمانى مجموعات بحث حتى الآن على الأقل علاقات ذات دلالة إحصائية باستخدام نحو عشر مجموعات منفصلة من البيانات المأخوذة فى أوقات مختلفة من مجموعات مختلفة من الدول المتقدمة والنامية على أسس مقاطع عرضية أو سلاسل زمنية (فليغ Flegg ١٩٨٢؛ ولكنسون ١٩٨٦، ١٩٩٢، ١٩٩٤؛ لوگران Le Grand ١٩٨٧؛ والدمان Waldmann ١٩٩٢؛ وينيمو Wennemo ١٩٩٣؛ ج. أ. كابلان وآخرون G. A. Kaplan *et al.* ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدي وآخرون B. P. Kennedy *et al.* ١٩٩٦). وفى حين اقتصر فليغ فى بحثه على الدول النامية؛ شملت دراستا رودجرز والدمان دولاً فى مراحل مختلفة من التطور. وانصب اهتمام الآخرين جميعاً على بيانات من الدول المتقدمة حصراً.

وقد وجد والدمان فى تحليله لبيانات نحو سبعين دولة غنية وفقيرة أنه إذا تم تثبيت الدخل المطلق لأفقر (٢٠) بالمائة من السكان فى كل مجتمع؛ فإن الزيادات فى دخل أعلى (٥) بالمائة ترتبط مع زيادات فى وفيات الأطفال الرضع؛ وبافتراض احتمال أن يكون المرء قد توقع أن زيادات دخل الأشخاص الأكثر غنى ستؤدى - فى حال تساوى جميع الأشياء الأخرى - إلى انخفاض فى وفيات الرضع، فإن هذا برهان قوى على أهمية الدخل النسبى. ووجد وينيمو، وهو يبحث أيضاً فى وفيات الرضع، ارتباطاً عرضياً وثيقاً بين تلك الوفيات ومدى الفقر النسبى فى الدول المتقدمة. وبين مجموعة من سبع عشرة دولة متقدمة، وجد لوگران أن متوسط سن الوفاة يتعلق بتوزع الدخل. وقد أظهر كابلان وكينيدي، اللذان كان عمل كل منهما منفصلاً تماماً عن الآخر، أن العلاقة بالإضافة إلى صحتها دولياً تصح أيضاً ضمن الولايات المتحدة؛ فالولايات الأمريكية ذات الفوارق الاقتصادية الأوسع لديها أيضاً معدلات وفيات أعلى. والبيانات الخام - التى تكرم كابلان ولينش Lynch بتقديمها -

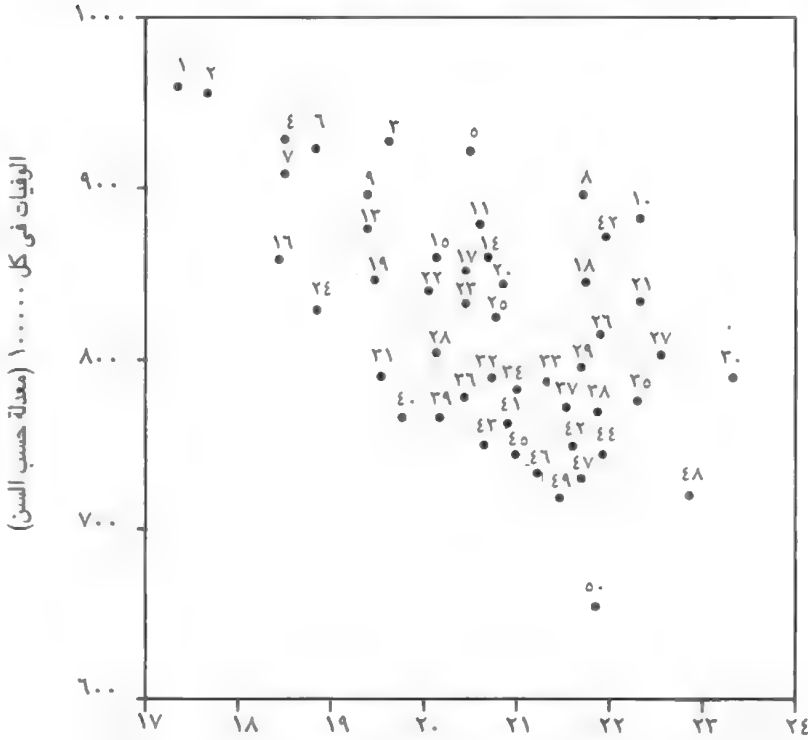
تظهر في الشكل (٥ - ٥) (كابلان وآخرون ١٩٩٦). ويظهر الشكل ارتباطاً قدره (٠.٦٢) ( $P < 0.001$ ) بين معدل الوفيات المكيف حسب السن والناجم عن جميع الأسباب مجتمعة والحصة المئوية من دخل الأسر التي تمثل النصف الأقل رفاهية من السكان. وتبقى العلاقة ذات مغزى كبير حتى بعد ضبطها حسب متوسطات الدخل والفقر النسبي والاختلافات العرقية والتدخين (كابلان وآخرون ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدي وآخرون ١٩٩٦). وبالإضافة إلى ذلك وجد كابلان أن الولايات ذات الفوارق الأكبر في الدخل أظهرت تحسناً أكثر بطناً في الوفيات بين عامي ١٩٨٠ و ١٩٩٠ م. كما وجد بن شلومو Ben Shlomo وهو يتعامل مع بيانات تغطي مناطق صغيرة في بريطانيا نزعة ذات دلالة إحصائية إلى تمتع المناطق حيث يوجد قدر أكبر من المساواة بمعدلات وفيات أكثر انخفاضاً حتى بعد ضبطها حسب متوسط مستويات الحرمان في كل منطقة (بن شلومو وآخرون ١٩٩٦)\*.

وبالإضافة إلى عمل ستيكل Steckel في موضوع معدلات الوفيات، فقد ذكر علاقة بين متوسط الطول (الذي له علاقة وثيقة بالصحة) وتوزع الدخل (ستيكل ١٩٨٢، ١٩٩٤). وبعد مقارنة القوة النسبية للعلاقات بين توزع الدخل والنمو الاقتصادي لكل فرد مع الطول يقول ستيكل إنه يمكن موازنة تأثير مضاعفة الدخل لكل فرد على طول الأشخاص البالغين بارتفاع بسيط قدره (٠.٠٦٦) في معامل جيني Gini coefficient في عدم المساواة في الدخل.

\* يوجد خطأ في الشكل (٥-٥) كما جاء في الأصل، فالولايات أشير إليها باختصاراتها، وجاء بين تلك الاختصارات KV وهذا ليس اختصاراً معروفاً لاسم أية ولاية، وقد افترضت أن المقصود هو ولاية فرجينيا الغربية وصححت الخطأ على هذا الأساس، باعتبار أن اختصارها WV لم يرد في الشكل. وكذلك ورد اختصار اسم فرجينيا VA مرتين، وأعتقد أن المقصود في إحدى المرتين هو ولاية واشنطن WA التي لم ترد في الشكل، ولكن باعتبار أنه لا يمكنني معرفة أي من المرتين تشير إلى فرجينيا حقاً وأيهما تشير إلى واشنطن فقد أبقى الخطأ على ما هو عليه مع التنويه عنه. (المترجم).



الشكل (٥ - ٥): العلاقة بين توزيع الدخل والوفيات في خمسين ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٠ .



الحصة المئوية من إجمالي دخل الأسر التي يتلقاها أفقر (٥٠) بالمائة من السكان

١ لويزيانا ٢ ميسيسيبي ٣ جورجيا ٤ ألاباما ٥ كارولينا الجنوبية ٦ فرجينيا الغربية ٧ كنتكي ٨ نيفادا ٩ تينيسي ١٠ ديلاور ١١ كارولينا الشمالية ١٢ ماريلاند ١٣ أركنسو ١٤ أوهايو ١٥ إيلينوى ١٦ نيويورك ١٧ ميشيغان ١٨ إنديانا ١٩ أوكلاهوما ٢٠ فرجينيا ٢١ ألاسكا ٢٢ ميزوري ٢٣ بنسلفانيا ٢٤ تكساس ٢٥ نيو جيرسي ٢٦ مين ٢٧ فرمونت ٢٨ كاليفورنيا ٢٩ وايومنغ ٣٠ نيوهامبشير ٣١ نيومكسيكو ٣٢ مونتانا ٣٣ أوريغون ٣٤ رود آيلاند ٣٥ ويسكنسن ٣٦ ماساتشوستس ٣٧ نبراسكا ٣٨ فرجينيا ٣٩ أريزونا ٤٠ فلوريدا ٤١ كانساس ٤٢ أيداهو ٤٣ كونيتيكت ٤٤ كولورادو ٤٥ داكوتا الجنوبية ٤٦ داكوتا الشمالية ٤٧ مونتانا ٤٨ يوتا ٤٩ داكوتا الشمالية ٥٠ هاواي.

المصادر: بيانات مأخوذة من إحصاء السكان والمركز الوطني للإحصائيات الصحية، من وضع كابلان وباموك Pamuk ولينش وكوهين Cohen وبلفور Balfour (١٩٦٦) الذين تفضلوا بتقديمها للنشر في هذا الكتاب.

إذا سلمنا بوجود العلاقة بين الصحة وتوزيع الدخل، فما مدى إمكانية ثقتنا بمعناها؟ وهل يمكن أن تكون انعكاساً مصطنعاً لعلاقة كامنة أخرى أكثر أهمية؟ إن المتغيرات الضابطة المتنوعة التي استخدمها الباحثون تجعل ذلك بعيد الاحتمال. فتوزيع الدخل يبدو متعلقاً بمعدلات الوفيات القومية حتى بعد ضبط النتائج في الدول النامية حسب إجمالي الناتج القومي للفرد، والخصوبة، ومعرفة الأمهات للقراءة والكتابة، والتعليم، وضبطها في الدول المتقدمة أيضاً حسب تأثيرات إجمالي الناتج القومي للفرد، ولكن كذلك حسب متوسط الدخل الشخصي الذي يمكن صرفه، ومستويات الفقر المطلق، والتدخين، والفوارق العرقية، وإجراءات مختلفة لتوفير الخدمات الطبية حكومياً أو أهلياً.

لكن هناك أسباب إضافية للاعتقاد أن التفسير لا يكمن في هذا النوع من العوامل. فالأمر لا يقتصر على أن هذه المتغيرات لا تزيل العلاقة الإحصائية، بل ليس من المعتقد أنها تمارس تأثيراً قوياً على متوسط العمر المتوقع عند الولادة بشكل كافٍ لتقديم تفسير معقول له وخاصة في الدول المتقدمة. وقد يعتقد البعض أن من المرجح أن تكون لدى المجتمعات ذات التفاضات الأضيق في الدخل خدمات اجتماعية أفضل تقيد الصحة. ولكن اليابان والسويد - اللتين تتمتعان بالمركز الأول والثاني في متوسط العمر المتوقع في العالم - جاءتا على طرفي نقيض في جدول رابطة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بالنسبة للنفقات الاجتماعية الحكومية كنسبة من إجمالي الإنتاج المحلي، فاليابان تنفق (٨٥) بالمائة بالمقارنة مع السويد التي تنفق (٤٠) بالمائة (هيلز 1994 Hills). وإضافة إلى ذلك، رأينا في الفصل السابق أن عوامل مثل الرعاية الطبية لا تولد فارقاً كبيراً في معدلات الوفيات بين السكان يعزل علاقة مثل هذه. وينطبق الشيء نفسه على حقول أخرى مما توفره الدولة. وحتى إذا تجاهلنا نتائج استخدام ضوابط إحصائية، فلا توجد عوامل ظاهرة يمكن ترشيحها كعوامل يمكن أن تثبت أن هذه العلاقة مصطنعة.

ويبدو وجود متغير غير معروف قوى إلى درجة كافية أمراً بعيد الاحتمال جداً. وإذا كان ارتباط إحصائي سيُستبعد بتفسيره بأنه انعكاس لعلاقة كامنة أقوى، فالعلاقة الكامنة

بحاجة لأن تكون أقوى من العلاقة المصطنعة التي تولدها. وهذا يعنى أنه من الأسهل بكثير استبعاد علاقة ضعيفة على أساس أنها مصطنعة من استبعاد علاقة بقوة العلاقة التي نتعامل معها هنا.

وعدد الأوضاع التي يجب أن تتدخل فيها هذه العلاقة محدثة التأثير نفسه هو مشكلة إضافية هامة فى معاملتها على أنها ناتج لأحد المتغيرات الكامنة. فوُلأ يجب أن تنطبق لا فى الدول المتقدمة وحدها، بل أيضاً فى الظروف المختلفة جداً التي نجدها فى الدول النامية. وثانياً يجب عليها أن تفسر الدليل العرضانى، بالإضافة إلى تفسير أدلة البيانات التي تتناول التغيرات التي تحدث بمرور الزمن. وثالثاً عليها أن تفسر - بالإضافة إلى الارتباط العالمى بين توزع الدخل ومعدلات الوفيات القومية - العلاقات بين مقدار عدم المساواة والوفيات ضمن مناطق فى الدولة نفسها. والتقاريران القائلان إن الوفيات فى خمسين ولاية من الولايات المتحدة متعلقة بمقدار عدم المساواة فى الدخل فيها تم ضبطهما بدقة حسب عدد من المفندات المحتملة (كابلان وآخرون ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدي وآخرون ١٩٩٦). كما اكتشف الترابط لدى النظر إلى التغيرات الحادثة مع مرور الزمن (كابلان وآخرون ١٩٩٦). وكذلك ضمن دولة معينة توجد العلاقة العرضانية التي ذكرها بن شلومو مستخدماً بيانات مناطق بريطانية صغيرة (بن شلومو وآخرون ١٩٩٦). وفى هذه الحالة رغم أن الآثار ذات دلالة إحصائية فإنها كانت ضعيفة إلى حد ما - وربما كان ذلك بسبب أن الكثير من البنى الاجتماعية الهامة التي تحدد مركزنا الاجتماعى لا تنحصر فى أماكن صغيرة لكنها ترتبط بعمليات أوسع من المقارنة الاجتماعية. وحتى لو كان هناك اعتقاد بأن بعض معالم السياسة الحكومية فى الدول الأكثر مساواة قد تفسر العلاقة الدولية بين الصحة والمساواة فى الدخل فإنها لا يمكن أن تفسر مثل تلك العلاقة ضمن الدول (باستثناء احتمال الإشارة إلى الاختلافات المحلية فى السياسة الحكومية).

وأدلة وجود علاقة بين المساواة الاقتصادية ومعدلات وفيات السكان أقوى من أن تُستبعد، وهى تظهر على أسس مختلفة كثيرة بحيث لا يمكن تفسير العلاقة على أنها تعبير

عن تدخل متغير ما. ومن المؤكد أن للدخل تأثيراً مباشراً قوياً على أوجه كثيرة من حياة الناس بحيث إن تأثيراً مباشراً له على الصحة يبدو منطقياً أكثر من التفسيرات الأخرى.

ولكن حتى في وجود علاقة "حقيقية"، سيتساءل البعض عن الاتجاه الذي تعمل به. هل يمكن أن توجد عملية "سببية عكسية" تؤثر الصحة بموجبها في توزيع الدخل؟ وإذا أشار سهم السببية في ذلك الاتجاه سنضطر إلى القول إن الصحة هي إحدى أهم محددات توزيع الدخل. وهذا لا يجرى باتجاه معاكس للنظرية الاقتصادية فحسب، لكنه يصطدم بمفاهيم المنطق البديهي حول تأثير التوظيف والبطالة والأرباح والضرائب والمزايا على توزيع الدخل. وبالإضافة إلى ذلك فقد أخضعت البيانات حول الفوارق الطبقة في الوفيات إلى فحص شامل عن آثار سببية عكسية - أي بحثاً عن احتمال أن سبب ظهور صور عدم المساواة الصحية هو أن الناس الذين يتمتعون بصحة جيدة يصعدون السلم الاجتماعي في حين يهبط ذوو الصحة السيئة (انظر ص ٨٢). ورغم أن هذا يحدث إلى حد بسيط؛ فإنه لا يفسر الجزء الأعظم من صور عدم المساواة الصحية. ولو كان هذا صحيحاً بالنسبة للفوارق الطبقة في الصحة، التي تقاس بين السكان النشطين اقتصادياً والذين هم في سن العمل حيث يوجد أكبر احتمال لأن تؤثر الصحة في القدرة على التحرك المهني، فإلى أى مدى أكثر من ذلك يجب أن يكون الأمر صحيحاً عن متوسط العمر المتوقع عند الولادة على المستوى القومى عبر جميع مجموعات السن، التي تشمل الأطفال وكبار السن الخاملين اقتصادياً والذين تؤثر التغيرات في الصحة بينهم تأثيراً قليلاً أو لا تؤثر مطلقاً على الدخل؟ لكن أية سببية معاكسة لا يمكن أن تكون مجرد علاقة بين القدرة على التحرك الاجتماعي (أو التحرك من حيث الدخل) الانتقائي على المستوى الفردي والصحة، بل يجب أن تكون علاقة بين مستويات مجتمعية من الصحة - مهما كانت طريقة توزيعها - وعدم المساواة في الدخل على صعيد المجتمع.

وفي وقت سابق بدا من المعقول أن يؤثر توزيع الدخل على الوفيات بطريقتين مختلفتين تماماً في الدول الغنية والفقيرة. ففي الدول الأكثر فقراً، حيث ما زالت الزيادات في

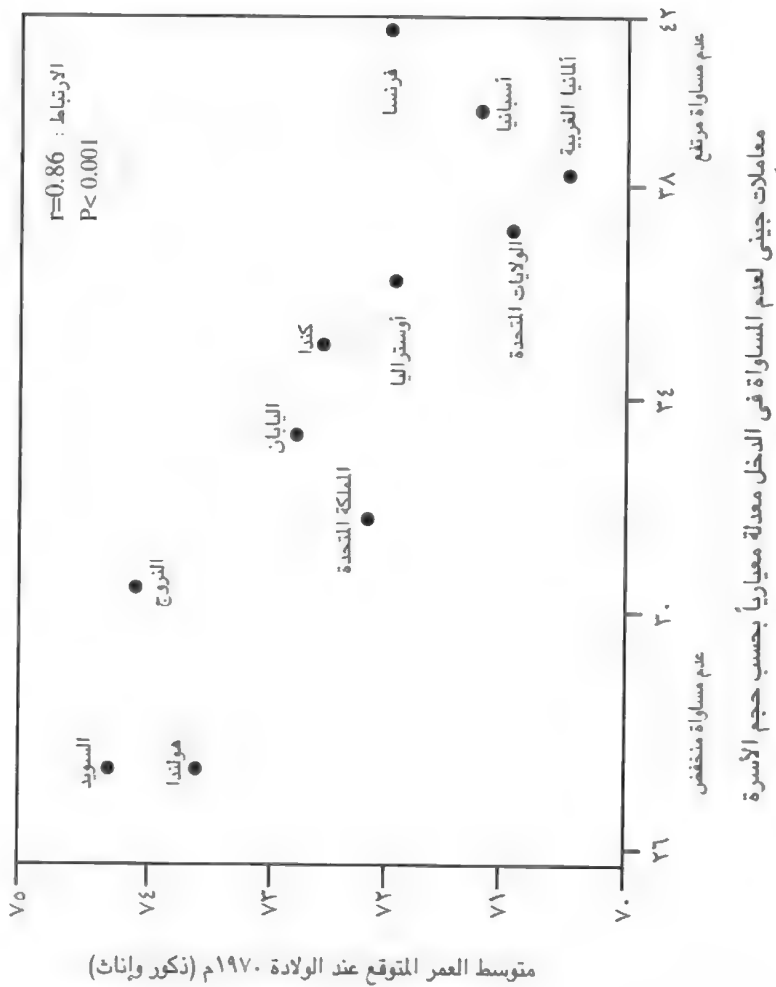
مستوى المعيشة المطلق تحظى بأهمية؛ بدا من المرجح أن الفوارق الأقل في الدخل قد تعنى أن نسبة أصغر من إجمالي الدخل القومي للفرد كانت تصرف على الكماليات التي ليست لها فائدة كبيرة بالنسبة للصحة، في حين يصرف مقدار أكبر على الضروريات المولدة للصحة. ومن المفترض أنه كلما ازدادت نسبة مصروفات المستهلكين التي تنفق في شراء الخبز لأشخاص كثيرين وليس على شراء اليخوت والمنازل الفخمة للقلة؛ تتحسن صحة السكان. وبهذا الشكل، لا تنتج الفوائد الصحية من الفوارق الأقل في الدخل عن الآثار الاجتماعية المحضة لفوارق الدخل بحد ذاتها بقدر ما تنتج عن آثار مستويات الاستهلاك المطلقة الأعلى بين الفقراء. وفي الدول المتقدمة حيث توحى بيانات إجمالي الناتج القومي للفرد أن المستويات المطلقة للمعيشة أعلى بكثير من المستويات الحرجة، تبدو الآثار الصحية للفوارق الأقل في الدخل (كما سنرى في الفصل الثامن) أكثر احتمالاً بكثير لأن تكون ناتجة عن التأثير النفسى - الاجتماعى لعدم المساواة، أو عن الفقر النسبى فى حد ذاته.

وعلى الرغم من أن إعطاء تفسيرين مختلفين لما بدا أنه الظاهرة نفسها في الدول المتقدمة والنامية كان في ظاهره أخرج بعض الشيء؛ فإنه لم يتضح أنه لا يمكن إبقاء هذه الازدواجية إلا بعد أن نشر والدمان Waldmann بحثه. وعلى سبيل المراجعة، وجد والدمان في تحليله لنحو سبعين دولة شيئاً أدهشه وهو أنك إذا أبقى الدخل ثابتاً من حيث القيمة المطلقة بالنسبة إلى (٢٠) بالمائة من السكان الذين هم الأكثر فقراً (أى قمت بالضبط إحصائياً)، فإنه كلما ارتفعت دخول أغنى (٥) بالمائة من السكان؛ ترتفع أيضاً معدلات الوفيات لدى الأطفال الرضع. إن أى تأثير للدخول الحقيقية على المستويات المادية سيقود المرء لأن يتوقع أنه إذا تم تثبيت دخول أفقر (٢٠) بالمائة؛ فإن أى ارتفاع في الدخل المطلقة لأغنى (٥) بالمائة سيؤدى - إذا أحدث أى تغيير - إلى انخفاض طفيف في معدلات وفيات الأطفال الرضع؛ لأن أطفال الأغنياء سيكونون أفضل بمقدار قليل. واكتشاف أن العكس هو الصحيح هام؛ فهو يوحي بوجود تأثير اجتماعى أصيل على عدم المساواة الصحية بين الدول الأفقر، مثلما يوجد في الدول الأغنى، لا بد أن نبحث عن فهم موحد له.

وقد رأينا في الفصل الثالث أنه في أثناء التحول الوبائي تتوقف الصحة عن التأثير إلى حد كبير بالمستويات المطلقة للمعيشة. وقد بينت (في مكان آخر) أنه حدث انتقال من تأثير الصحة بالمستويات المطلقة إلى تأثيرها بالمستويات النسبية (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤). ولكن من الأدق القول إنها تتأثر بالمستويات النسبية في كلتا الفترتين: قبل الانتقال وبعده، لكنها تصبح أقل تأثراً بالمستويات المطلقة بعد التحول الوبائي. وسنلقى نظرة على الآليات المحتملة التي يؤدي فيها انخفاض عدم المساواة في الدخل إلى تحسين الصحة في الفصول الثامن والتاسع والعاشر.

وقد يكون أكثر مثال لفتاً للانتباه من أمثلة الطريقة التي يمكن لتضاؤل الفوارق في الدخل أن يحسن الصحة - أو بالأحرى متوسط العمر المتوقع عند الولادة - هو المثال الآتي من اليابان. إن أول مجموعة من أرقام توزع الدخل التي يمكن مقارنتها دولياً بصورة عامة هي أرقام عام ١٩٧٠م، وهي تشمل اليابان (سوير Sawyer ١٩٧٦). والعلاقة بين توزع الدخل ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة في ذلك التاريخ مبينة بالنسبة للدول التي تغطيها البيانات في الشكل (٥ - ٦) (ورغم أن هذا الشكل يستخدم قياسات مختلفة وبيانات من مصدر مختلف؛ فإنه يبدو مشابهاً جداً للشكل (٥ - ٣). وهو مدرج هنا من أجل بياناته اليابانية فقط). ومقياس توزع الدخل المستخدم في الشكل (٥ - ٦) هو معامل جيني Geni coefficient، الذي يقيس عدم المساواة على مدى المجموعة السكانية بأكملها ولا يقتصر على مجرد مقارنة الأغنياء والفقراء. وتتفاوت قيمه بين الصفر، وهذا يعني أن الجميع يحصلون على الدخل نفسه، وواحد، وهو يعني أن الدخل بأكمله كان من نصيب شخص واحد ولم يحصل أي شخص آخر على أية حصة منه. وهذا يعني أن قيمة (٠.٤) (إلى اليمين على المحور الأفقي) تمثل قدرًا من عدم المساواة أكثر مما تمثله (٠.٣). وتظهر اليابان في منتصف الحقل ويتمثل توزع الدخل فيها ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة مع بريطانيا إلى حد كبير في ذلك التاريخ.

الشكل (٥ - ٦): العمر المتوقع (للذكور والإناث) ومعاملات جيني لعدم المساواة في الدخل بعد الضرائب (معدلة معيارياً بحسب حجم الأسرة).



المصدر: بيانات من م. سوير M. Sawyer، توزيع الدخل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. تحليل النظرية الاقتصادية لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، دراسات غير دورية، ١٩٧٦، ص ٣ - ٦٣، الجدول ١١: ومن البنك الدولي.

ولكن بعد ذلك بفترة تقارب (٢٠) عاماً ظهر بحث في المجلة الطبية البريطانية *British Medical Journal* مبيناً أنه بحلول عام ١٩٨٩م أصبح متوسط العمر المتوقع عند الولادة في اليابان هو الأعلى في العالم (مارموت Marmot وديفي سميث Davey Smith ١٩٨٩). وذكر البحث أيضاً أن اليابان توصلت في الوقت نفسه إلى أقل فوارق في الدخل من بين جميع الدول التي تقدم تقارير إلى البنك الدولي (وهذا يعنى بصورة شبه مؤكدة أن الفوارق فيها هي الأقل بين جميع حالات اقتصاد السوق المتقدمة). ويقول مؤلفا البحث إن التحسن في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في اليابان يعادل التحسن الذي سيحصل في بريطانيا لو جرى تجاهل جميع الوفيات الناجمة عن مرض القلب ومعظم الوفيات الناجمة عن أمراض السرطان. ويستعرض الباحثان المصادر المحتملة لهذا الإنجاز الباهر فيبحثان عن تغيرات في النظام الغذائي الياباني والتدخين وغيره من العوامل السلوكية المؤثرة في الصحة وفي الخدمات الصحية والسياسات الصحية الوقائية. ولا يوفر أى من هذه العوامل تفسيراً معقولاً. وعلى الرغم من أن الأنظمة الغذائية اليابانية أفضل صحياً من كثير من الأنظمة الغربية، فهي لم تتغير خلال هذه الفترة بطرق يمكن أن تفسر التحسن في الصحة. وعلى الرغم من أن النمو الاقتصادي الياباني سريع بالطبع؛ فإننا لم نشاهد أن الزيادات في إجمالي الدخل القومي للفرد ليست ذات أهمية كبيرة في العالم المتقدم فحسب، بل إن إجمالي الدخل القومي للفرد الياباني، على أساس تعادلات القوة الشرائية المستخدمة لمقارنة مستويات المعيشة بشكل أكثر دقة - كان أعلى بمقدار (١٥) بالمائة فقط مما هو عليه في بريطانيا في عام ١٩٩٠م - وكان لا يزال أقل بكثير من الولايات المتحدة وعدد من دول أوروبا الغربية.

وشهادة التجربة اليابانية على الأهمية الصحية لتضييق توزيع الدخل لم تكن فقط منذ عام ١٩٧٠م. فهناك أيضاً بعض البيانات غير المتكاملة تظهر ارتباطاً أسبق بين تضييق الفوارق في الدخل والتحسين السريع في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في اليابان (ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤).



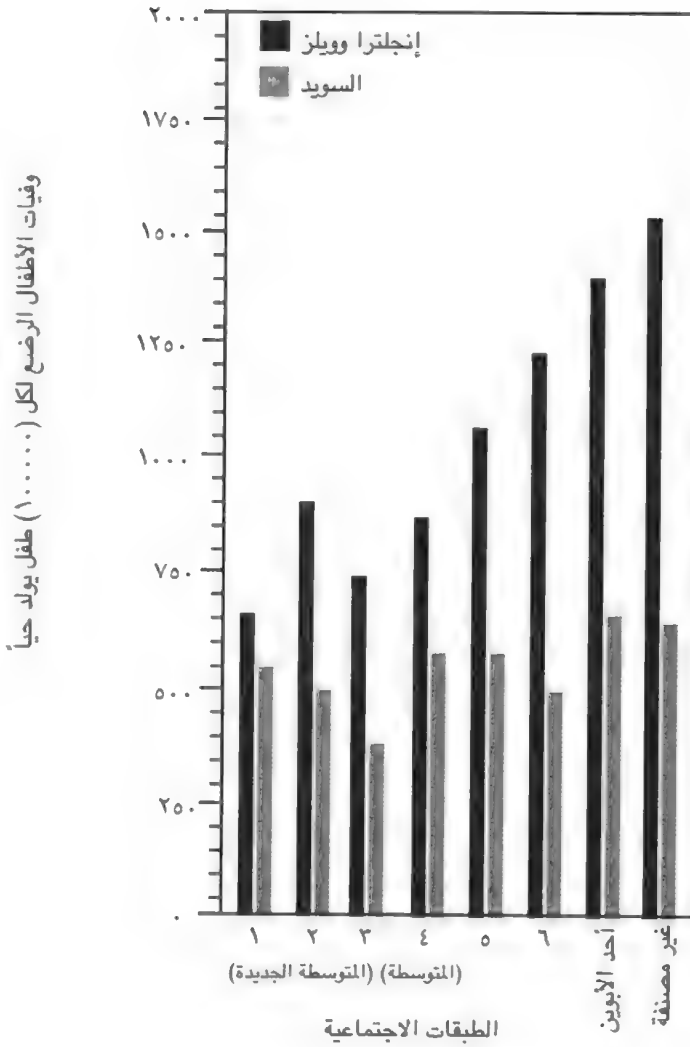
ويمكن الربط بين تضيق الفوارق في الدخل وأوجه التحسن في صحة السكان بطريقتين تنسجم كل منهما مع الأخرى لكنهما مختلفتان. فأولاً في المجتمعات التي تكون الفوارق في الدخل فيها أضيق قد تعنى نوعية النسيج الاجتماعي على نحو ما أن الصحة أفضل في جميع قطاعات المجتمع - من الأعلى إلى الأسفل. وثانياً قد يزيد متوسط الصحة والعمر المتوقع أو ينقص بصورة رئيسية مع تحسن صحة الأشخاص الأكثر فقراً، أو تدهورها نتيجة التغيرات في مستوى فقرهم النسبي. هل تؤدي الفوارق الأضيق في الدخل إلى تحسن مميز في الصحة بين أقل السكان رفاهية، وبذلك تضيق صور عدم المساواة الصحية، أم هل تعمل بصورة رئيسية عن طريق تحسين صحة السكان ككل، في حين تترك أثراً أقل على الفوارق الصحية؟ ولأن هذين الاحتمالين غير متنافرين يمكن أن يتوقع المرء أن كلا النمطين يعمل. وتصبح المسألة عندئذ مسألة الأهمية النسبية لكل منهما.

ويبدو أن أحد المداخل للإجابة عن السؤال هو من خلال المقارنات الدولية. وعلى الرغم من أن الدول المختلفة تستخدم تصنيفات مختلفة للطبقات الاجتماعية مما يزيد من صعوبة مقارنة عدم المساواة الصحية دولياً، إلا أن بعض الباحثين السويديين مكنتنا من عقد مقارنات صحيحة إلى حد معقول للفوارق الطبقيّة الاجتماعية في الوفيات بين السويد من جهة وإنجلترا وويلز من جهة أخرى (فاريجو Vagero ولندبرج Lundberg ١٩٨٩؛ ليون وآخرون Leon et al. ١٩٩٢). فقد تمت إعادة تصنيف عدد كبير من الوفيات السويدية حسب نظام تصنيف الطبقات الاجتماعية البريطاني. والمقارنة التي جعلها إعادة التصنيف هذه ممكنة مفيدة بصورة خاصة؛ لأن توزيع الدخل في السويد أكثر مساواة بكثير منه في إنجلترا وويلز. ويبين الشكلان (٥ - ٧) و (٥ - ٨) تدرج الطبقات الاجتماعية بالنسبة إلى وفيات الأطفال الرضع والبالغين الذكور الذين يتراوح سنهم بين (٢٠ - ٦٤) عاماً. وللأسف لم ترد الأرقام الخاصة بالنساء. وفي كلتا الحالتين فإن التدرج في السويد أقل انحداراً وأقل ثباتاً بكثير منه في إنجلترا وويلز. ولكن بالإضافة إلى أن التدرج الطبقي أكثر ضحالة، يمكننا أيضاً أن نرى

أن المجموعات التي تبلغ الوفيات فيها أسوأ نسبة في السويد تقل معدلات الوفيات فيها عن وفيات أفضل المجموعات (الطبقة الاجتماعية الأولى) في إنجلترا وويلز. وهكذا فعلى الرغم من أن فوارق الدخل وفوارق الوفيات أكبر في إنجلترا وويلز منها في السويد؛ فإن التحسن الظاهري في الوفيات في السويد بالمقارنة مع إنجلترا وويلز لا يقتصر فقط على أكثر المجموعات الاجتماعية حرماناً. وإذا كانت الفوارق الأضيق في الدخل - وهذا مجرد افتراض - هي الشيء الوحيد المطلوب للانتقال من الوضع الموجود في إنجلترا وويلز بالنسبة للوفيات إلى الوضع السائد في السويد، يبدو أن الجميع سيستفيدون، ولكن الفقراء نسبياً سيكونون أكبر المستفيدين.

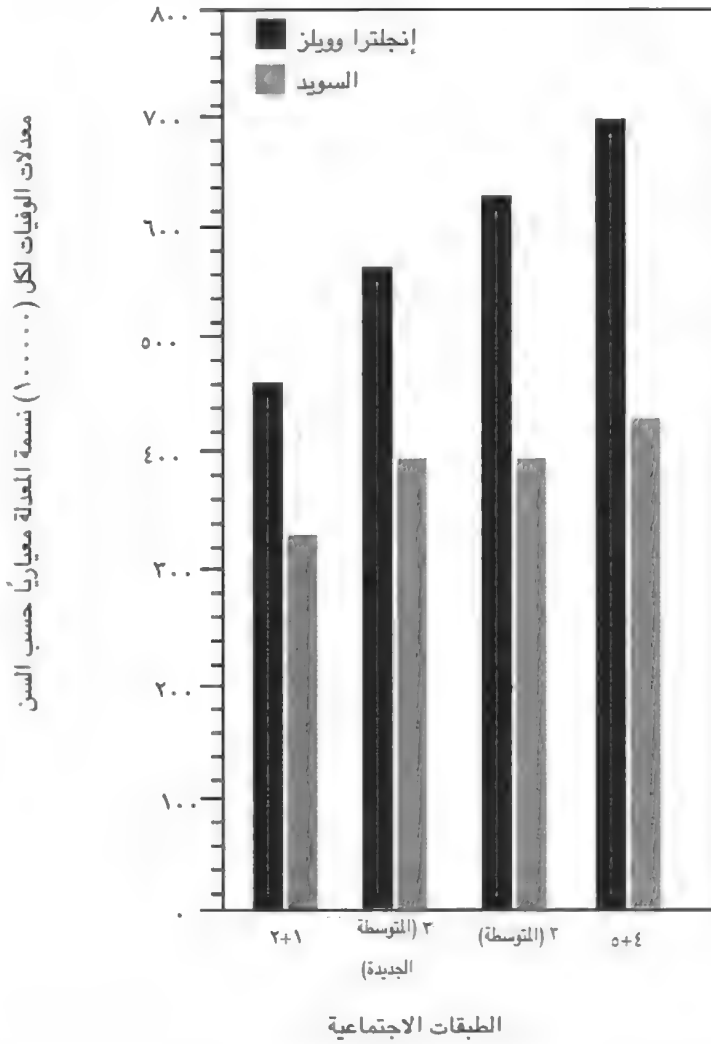
ولكن قد لا يكون كل شيء مطابقاً تماماً للشكل الذي يبدو عليه. فالأشخاص في الطبقة الاجتماعية الأولى ليسوا أثرياء بصورة متساوية. فحيث إن هذا التصنيف تصنيف مهني محض، يستمر تصنيف المحامين والأطباء في الطبقة الاجتماعية الأولى حتى ولو كانوا بدون عمل. وإضافة إلى ذلك هناك فوارق واسعة في مقادير الكسب ضمن كل مهنة. وهكذا فإن معدلات وفيات الطبقة الاجتماعية الأولى في السويد قد تكون أدنى مما هي عليه في إنجلترا وويلز لا لأن الأغنياء أيضاً يستفيدون من مزايا الفوارق الأقل في الدخل؛ بل لأنه حتى ضمن الطبقة الاجتماعية الأولى توجد نسبة صغيرة من الفقراء الذين قد يكونون أقل فقراً حين تنقلص الفوارق في الدخل.

الشكل (٥ - ٧): الفوارق الطبقيّة الاجتماعيّة في وفيات الأطفال الرضّع  
في السويد مقارنة بإنجلترا وويلز



المصدر: ليون وآخرون. Leon et al. ١٩٩٢ .

الشكل (٥ - ٨): الفوارق الطبقيّة الاجتماعيّة في وفيات الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢٠ - ٦٤) سنة في السويد مقارنة بإنجلترا وويلز.



المصدر: د. فاغيرو D. Vagero وأ. لندبرغ " O. Lundberg. عدم المساواة في الصحة في بريطانيا والسويد. لانسييت: Lancet ١١ ص ٣٥-٣٦. ١٩٨٩م.

وقد درست العلاقة بين الفوارق في الدخل وعدم المساواة الصحية في عدد أكبر من الدول: فبفحص بيانات من تسع دول صناعية وجد كونست Kunst ومكنباك Mackenbach (١٩٩٤) أن ترتيب الدول على أساس عدم المساواة في الدخل يتطابق بقوة مع ترتيبها على أساس عدم المساواة في الوفيات. ومنذ ذلك الحين ذكر فان دورسلير وآخرون *Doreslaer et al.* أن أكبر الفوارق في حالات المرض التي يبلغ عنها المريض نفسه هي في الدول التي فيها أكبر فوارق في الدخل (فان دورسلير وآخرون ١٩٩٦). وقد كانت العلاقة بين مقاييس عدم المساواة في الدخل وفي المرض وثيقة جداً: ففي الولايات المتحدة الأمريكية وثمانى دول أوروبية توافرت لديهم بيانات كان معامل الارتباط (٠,٨٧). وكانت الطرق التي استخدمت في كل دراسة مختلفة تماماً. فقد صنف كونست وماكنباك الناس حسب المهنة في إحدى دراستهما وحسب التعليم في دراسة أخرى، وتوصلا إلى أن الفوارق المهنية والتعليمية في الوفيات أكبر في الدول التي فيها فوارق أكبر في الدخل. وعلى خلاف ذلك استخدم فان دورسلير وزملاؤه بيانات من مسوحات تورّد تفاصيل الدخل بالنسبة للأشخاص أنفسهم وتورّد الحالة الصحية حسب وصف صاحب العلاقة لها.

وقد يكون من المؤشرات الأخرى عما إذا كانت الفوارق الأقل في الدخل تعود بالفائدة على صحة السكان ككل أم على أقلهم رفاهية فقط، المتوصل إلى نسبة السكان الذين يكون لحصتهم من الدخل أوثق علاقة بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة. هل متوسط العمر المتوقع عند الولادة أوثق علاقة بحصة الدخل التي يحصل عليها أدنى (١٠) أو (٢٠) بالمائة من السكان، أم هل الحصة التي يتقاضاها أدنى (٥٠) أو (٦٠) أو حتى (٧٠) بالمائة أوثق علاقة بالمقاييس الوطنية للصحة؟

وفي أول مرة فحصتُ هذا السؤال فيها بدت النتائج واضحة إلى حد معقول. فباستخدام البيانات من الدول المبينة في الشكل (٥ - ٣) وربط متوسط العمر المتوقع عند الولادة في كل دولة وحصة الدخل التي يحصل عليها أدنى (١٠) و (٢٠) و (٣٠) بالمائة من السكان وهكذا صعوداً حتى (٩٠) بالمائة، وجدت أن العلاقة تزداد قوة تدريجياً إلى أن وصلت إلى

حدها الأقصى قرب الحصة التي ينالها أدنى (٦٠) أو (٧٠) بالمائة، وبعدها تضعف العلاقة مرة أخرى (ولكنسون ١٩٩٢). وهكذا فالشكل (٥ - ٣) يبين متوسط العمر المتوقع عند الولادة مرسوماً بيانياً مقابل حصة الدخل التي يتلقاها (٧٠) بالمائة من السكان الأقل رفاهية. ولكن تلك النسبة كانت نسبة الأسر لا السكان. حيث إن الأسر الأكثر فقراً تميل لأن يكون لديها عدد من الأفراد أقل من الأسر الغنية (تأثير الأشخاص الفقراء الذين يعيشون بمفردهم أو على شكل أزواج يتفوق على تأثير الأسر الفقيرة الكثيرة الأطفال)، فإن أدنى (٦٠) إلى (٧٠) بالمائة من العائلات تتضمن نحو نصف السكان. وهكذا بدا أن الجواب هو أن أوثق علاقة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة هي علاقته مع الدخل النسبية للنصف الأقل رفاهية من السكان.

لكن تحليلاً أحدث لبيانات توافرت منذ ذلك الحين بالنسبة لعدد أكبر من الدول المتقدمة جعل الصورة أكثر تعقيداً. فبدلاً من أن تكون العلاقة الأوثق مع أدنى (٥٠) بالمائة، كانت مع أفقر (٣٠) بالمائة. ومن الصعب تحديد أى الرقمين هو الدليل الأفضل، ومن المتوقع حقاً أن تختلف العلاقة باختلاف مدى الفقر النسبي للفقراء في كل دولة. وبالإضافة إلى ذلك هناك مشكلة جودة البيانات. فقد اتضح أثناء تحليل البيانات اللاحقة أن الأرقام من بعض الدول قد تعرضت لتشويه بالغ من قبل أشخاص لا يستجيبون لمسوحات الدخل الشخصي. إن جميع البيانات ترد من مسوحات رسمية للأسر يجري فيها سؤال الأشخاص أسئلة تتعلق بدخلهم. وفي بضعة من هذه المسوحات لا ترد الأجوبة إلا من نحو (٥٠) إلى (٦٠) بالمائة من الأسر المأخوذة كعينة، وفي معظمها تقل نسبة الأجوبة عن (٧٥) بالمائة. ولسوء الحظ يميل الممتنعون عن الإجابة إلى التمرکز بين الفقراء، وبين الأغنياء بدرجة أقل (و. ولف W. Wolf ١٩٨٨؛ ريدباث Redpath ١٩٨٦). وهذا يعنى أن تمثيل الفقراء والأغنياء أقل مما ينبغى في المسوحات ذات معدلات الإجابة المنخفضة. والنتيجة هي أن الفوارق في الدخل تبدو أضيق مما هي عليه حقاً. وهذا التأثير هام جداً إلى حد أنه في أحد مصادر البيانات يوجد الآن ارتباط نو مغزى بين معدلات الإجابة المنخفضة في مسوحات

الدخل واتساع توزيع الدخل الذي يورده المصدر. (تعنى معدلات الإجابة المنخفضة أن تضيق ذيول توزيع الدخل وتعطى صورة تبين توزيعات أضيق للدخل). ورغم وجود طرق للتغلب الجزئى على هذه المشكلة، فإنها لا تعطى دليلاً أفضل حول ما إذا كان الرقم الذى يدور اهتمامنا حوله هو (٣٠) أو (٥٠) بالمائة من السكان. ويأتى فى مكان آخر بحث أكثر تفصيلاً لهذه القضايا التى تطرح مشكلات هامة فى وجه الأبحاث المستقبلية فى هذا المجال (ماكايكازاك McIssac وولكنسون Wilkinson ١٩٩٦).

وتوجد هنا مشكلات تفسير أخرى عديدة. فقد تكون حصة الدخل التى يتلقاها (٣٠) أو (٥٠) بالمائة من السكان أقل أهمية بحد ذاتها من أهميتها باعتبارها بديلاً لتوزيع الدخل الكامل. ولكن حتى لو كان الأمر كذلك فلن نستطيع أن نعرف منه ما هو أحسن مقياس لتوزيع الدخل - هل هو معامل جينى المستخدم فى الشكل (٥ - ٦) ، أم حصة الدخل التى تتلقاها أفقر مجموعة سكانية، وهى التى تمثل كذا بالمائة، أم نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من كسر ما، مثل نصف متوسط الدخل؟ لسوء الحظ ليست البيانات الأساسية قوية بحيث تجيب عن هذه الأسئلة. وقد تكون للبيانات الأمريكية أفضل فرصة فى حل هذه القضايا؛ فالبيانات ليست متوافرة لخمسين ولاية فحسب، بل إنها أقل تأثراً بمستوى انخفاض الإجابات.

والشئ نفسه صحيح بالنسبة إلى الأسئلة حول معايير المساواة التى يجب استخدامها. ومعايير المساواة هى الاسم الذى يطلق على نظام تعديل إجمالى دخول الأسر لأخذ عدد الأشخاص الذين يعيشون فى كل أسرة بالاعتبار. فمن الممكن ببساطة تقسيم دخل الأسرة على عدد الأفراد فيها للحصول على دخل الأسرة لكل فرد. ولكن حيث إنه من الأرخص جداً لأربعة أشخاص مثلاً أن يعيشوا معاً ويشتروا فى الغسالة والثلاجة وجهاز التلفاز وفواتير التدفئة وتكاليف الخدمات، يبدو من المناسب استخدام معيار مساواة يأخذ بالاعتبار مثل هذه التوفيرات. ولكن من الواضح أن توفيرات الجملة بالنسبة لأشياء مثل تكلفة التدفئة أكبر بكثير من توفيرات الجملة بالنسبة للطعام أو الملابس. والحكم على أى

الأشياء أهمية بالنسبة للرفاهة مسألة رأى شخصي، فليس هناك حتى الآن طريقة غير اعتباطية في اختيار معايير للمساواة. وانطباعي هو أن معايير المساواة التي تركز على توفيرات الجملة التي تحققها الأسر الكبيرة، أي الأسر التي تكون أبعد ما يمكن عن دخل الأسر لكل فرد، تنزع إلى أن تكون أوثق المعايير صلة بالصحة. ولو كانت البيانات جيدة إلى حد كافٍ لأمكن استخدام الصحة للحكم بين معايير المساواة المتنافسة وبيان أي منها يعطى أفضل دليل على الرفاهة. وكان هذا سيقدم إسهاماً مهماً في النقاشات حول مقاييس الفقر وفي تحديد الإعانات الاجتماعية. وربما تتحسن نوعية البيانات يوماً ما بشكل يكفي لمعالجة تلك المهمة.

وبالعودة إلى موضوع أية نسبة من السكان تمثل حصة دخلها أقرب الحصص صلة بمعدلات الوفيات القومية يواجهنا تناقض ظاهري آخر. فإذا كانت حصة الدخل التي تحظى بأكبر قدر من الأهمية تخص نسبة عالية من السكان، ولنقل أنها (٧٠) بالمائة، سنكون على ثقة من أن لتوزيع الدخل تأثيرات على الصحة منتشرة انتشاراً واسعاً في المجتمع. أما إذا تبين أن حصة الدخل التي يتلقاها أدنى (١٠) أو (٢٠) بالمائة من السكان هي التي تحظى بأكبر قدر من الأهمية؛ يبقى بإمكاننا افتراض أن التأثيرات الصحية واسعة الانتشار على أساس أن التغييرات في معدلات وفيات (١٠) إلى (٢٠) بالمائة فقط لا يمكن أن تؤثر تأثيراً كافياً على معدلات الوفيات القومية. وعندئذ سيبدو أن فقر هؤلاء يؤثر في الحياة الاجتماعية بشكل أوسع انتشاراً.

ويوفر حجم الاختلافات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين الدول الأكثر مساواة والأقل مساواة مؤشراً آخر على نسبة السكان الذين تخصهم هذه العلاقة. فالفوارق أكبر بكثير من أن تفسر باستبعاد العوامل السلبية المتعلقة بالوفيات لدى نسبة السكان المصنفة على أنها الطبقتان الاجتماعيتان الرابعة والخامسة (العمال اليدويون نصف المهرة وغير المهرة وعائلاتهم). فلن ينتج عن ذلك سوى ربع فارق متوسط العمر المتوقع عند الولادة البالغ سنتين والذي يفصل بين الدول الأكثر مساواة والدول الأقل مساواة في الشكليات



(٥ - ٣) و (٥ - ٦). ويبدو أن هذا دليل جيد على وجود تأثير على الوفيات أكثر انتشاراً. ولكن حتى في هذه النقطة توجد مشكلة خطيرة. فمقاييس الفوارق في الوفيات ضمن مجموعة سكانية تتأثر بقوة (كما شاهدنا في الفصل الرابع) بدقة التصنيف الاجتماعي المستخدم وكونه مناسباً. إننا ببساطة لا نعرف المدى الذي سيكون عليه كبر الفوارق في الوفيات لو أن تصنيفاً اجتماعياً مناسباً طبق على السكان بأكملهم. وبالحكم من دراسة وابتهاول لموظفي الخدمة المدنية، لا يبدو أن هناك سبباً للاعتقاد أن الفوارق لن تكون أكثر مرتين أو ثلاثة من فوارق الضعفين المبينة في الإحصائيات الرسمية للسكان ذوي النشاط الاقتصادي. وإذا كان الأمر كذلك، فإن استبعاد العوامل السلبية المتعلقة بالوفيات لدى أدنى (٣٠) بالمائة من السكان أو ما يقارب تلك النسبة قد يسبب اختلافاً كافياً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

ويمكن للقارئ الآن أن يرى مدى عدم التأكد. إننا نعرف أن ازدياد المساواة في الدخل يزيد متوسط العمر المتوقع عند الولادة، ونحن على ثقة أن ذلك يعود جزئياً، وربما إلى حد كبير، إلى تأثير على صور عدم المساواة الصحية. والعلاقة الدولية التي تظهر أن عدم المساواة تكون أوسع عندما تزداد الفوارق في الدخل هي دليل على ذلك. (كونست Kunst ومكنباك Mackenbach ١٩٩٤؛ فان دورسلير وآخرون van Doorslaer et al. ١٩٩٦). ولكنه من غير الواضح إلى أي مدى ينبغي أن تكون الدخول النسبية منخفضة كي تؤثر على الصحة، كما أنه من غير الواضح إلى أي مدى يمكن للصحة بين ذوي الدخول الأفضل أن تستفيد أيضاً مما يمكن تسميته الآثار "الزائرة" لخفض الحرمان النسبي في أماكن أخرى في ذلك المجتمع.

كانت نظرتنا حتى الآن مقتصرة بشكل شبه تام على البيانات الدولية لتوزع الدخل ومعدلات الوفيات القومية. ويمكن جمع أدلة على الطريقة التي يغذى انعدام المساواة في الدخل فيها عدم المساواة الصحية وبالتالي معدلات الوفيات القومية من التغير الذي طرأ مع مرور الزمن داخل بريطانيا. ولكن النظر إلى العلاقة بين التغيرات السنوية في توزع

الدخل والتغيرات السنوية في العمر المتوقع في بريطانيا ليس المدخل الصحيح؛ فبيانات توزيع الدخل البريطانية تأتي من مسح المصروفات العائلية Family Expenditure Survey الذي يتصف بالإضافة إلى ما فيه من خطأ المعاينة المعتاد بمعدل امتناع عن الإجابة يزيد عادة على (٣٠) بالمائة. ولأن توزيع الدخل في الحقيقة يتغير ببطء شديد، ففي معظم الفترات سيكون جزء كبير من التغير السنوي في توزيع الدخل المسجل مستمداً من خطأ المعاينة والاختلافات في مستوى الانحياز الذي تسببه معدلات الامتناع عن الإجابة. وفوق ذلك توجد بعض التقلبات العشوائية في المتوسط السنوي للعمر المتوقع عند الولادة السنوي سببها أشياء مثل الدورات الاقتصادية، وكون درجات الحرارة في الشتاء أعلى أو أدنى من المعتاد، والأوبئة العارضة من الأمراض السارية. والنتيجة هي أن ربط التغيرات السنوية بعضها ببعض يقتضى ضمناً ربط خطأ المعاينة في أرقام توزيع الدخل مع التقلبات العشوائية في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وحتى لو لم يوجد التشويش على النظام من هذه المصادر قد تستدعي الحاجة أن يتاح المجال لفترات فاصلة قبل أن تتضح أية علاقات.

وعلى الرغم من أن هذه المشكلات تعنى أنه من غير المحتمل العثور على أية علاقة بين التغيرات السنوية في توزيع الدخل والوفيات؛ فإنها لا تنفي احتمال إمكانية اكتشاف علاقات على فترات طويلة، حين تتحسن نسبة التشوش العشوائى إلى التغيرات الحقيقية التي تسجلها البيانات تحسناً كبيراً.

إن أفضل مقاييس الفوارق الطبقيّة الاجتماعية في الوفيات عبر فترة طويلة هي أرقام منقحة مبنية على ملحقات المسجل العام العقديّة حول الوفيات المهنية The Registrar General's Decennial Supplements on Occupational Mortality ١٩٢١ و ١٩٣١ و ١٩٥١ و ١٩٦١ و ١٩٧١ و ١٩٨١م (باموك Pamuk ١٩٨٥). لقد رأينا في الفصل السابق كيف قامت باموك بقياسات طويلة الأمد لفوارق الوفيات الطبقيّة الاجتماعية. وقد قاس مؤشر ميل عدم المساواة الذي وضعته الفوارق على مدى المجموعة السكانية بأكملها وليس بين الطبقتين المتطرفتين فحسب. كما أنها أخذت بعين الاعتبار آثار التغير

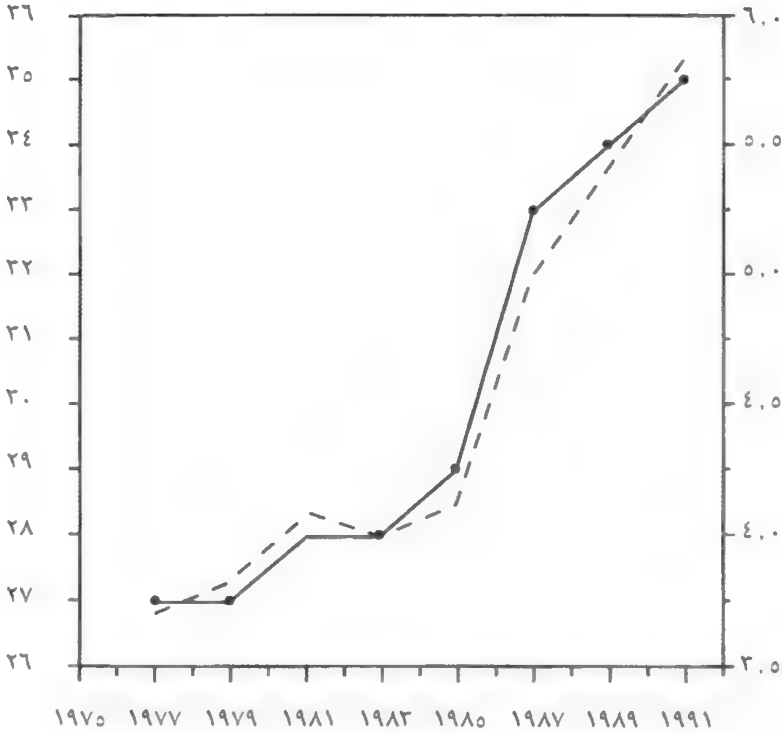
فى التصنيف الطبقي للمهن والنسبة المتغيرة من السكان فى كل مهنة. وأعطت النتائج رؤية جيدة لما حدث للفوارق الطبقيّة الاجتماعيّة فى الوفيات. فبصورة أساسية انخفضت الفوارق فى الوفيات قبل الحرب ووصلت إلى أدنى حد لها فى عام ١٩٥١م، ثم أخذت فى الاتساع فى كل عقد تلا ذلك، رغم أن اتساعها فى العقد ١٩٦١-١٩٧١م كان شديد الضالة. ويتطابق هذا إلى حد معقول مع ما حدث للفقر النسبى (ولكنسون ١٩٨٩). فعلى الرغم من أن البطالة كانت واسعة الانتشار فى عام ١٩٣١م فقد كانت مشابهة إلى حد معقول لمستويات البطالة عام ١٩٢١م بعد إلغاء التعبئة. ولكن الفارق الكبير بين ١٩٢١ و ١٩٣١م يعكس النمو الكبير لدولة الرفاهة وإدخال التأمين ضد البطالة والتأمين ضد المرض والمعاشات. ومن الناحية النسبية كان الفقراء والعاطلون عن العمل فى حال أفضل بكثير عام ١٩٣١م مما كانوا عليه فى عام ١٩٢١م.

ولأن التصنيف الطبقي الاجتماعي للوفيات هو تصنيف يقتصر على السكان القائمين بنشاط اقتصادى والذين هم فى سن العمل (وفيهام العاطلون عن العمل المسجلون): فإن الاتجاهات فى الفقر بين مجموعات السكان الأخرى لا يمكن تطبيقها بصورة مباشرة. والتغيرات فى الفقر بين عديمى النشاط الاقتصادى أقل أهمية بكثير من البطالة ومن توزع الأجور المكتسبة.

ويحلول عام ١٩٥١م كان الفقر النسبى والبطالة قد خفّضا إلى جزء من مستوياتها قبل الحرب. وقد شهدت الحرب العالمية الثانية محواً عملياً للبطالة وتضييقاً كبيراً لفوارق الدخل. ومنعت حكومة حزب العمل التى قامت بعد الحرب تكرار كارثة البطالة التى حدثت فوراً بعد الحرب العالمية الأولى، وتوسعت دولة الرفاهة إلى حد كبير. وربما تكون أواخر الأربعينيات وأوائل الخمسينيات من القرن العشرين قد شهدت بريطانيا وهى فى أكثر أحوالها مساواة فى فترة سلمية. وقد وجد مسح للفقر أجرى فى أوائل الخمسينيات من القرن العشرين أن نحو (٨) بالمائة فقط من السكان يعانون فقراً نسبياً. ولو أجرى تقدير بمقياس مماثل بصورة تقريبية فى أوائل التسعينيات لأوحى أن نسبة الفقر النسبى بلغت

ثلاثة أضعاف على الأقل. كما أن الفوارق الطبقيّة في معدلات الوفاة بلغت أدنى مستوى مسجّل لها في أرقام عام ١٩٥١م. ولكن منذ ذلك التاريخ ارتفعت معدلات البطالة بشكل متسارع تدريجياً واتسع نطاق الفوارق الصحيّة. وشهدت الفترة ١٩٥١ - ١٩٦١م اتساعاً كبيراً بصورة خاصّة في نطاق فوارق الوفيات بعد إزالة تقنين الطعام وعدد من الضوابط الأخرى التي كانت مطبقة بعد الحرب. ويبين المسح القومي للأغذية أنه منذ منتصف الخمسينيات من القرن العشرين أخفقت نسبة متزايدة من السكان في الوصول إلى المستويات الموصى بها من تناول المواد المغذية (لامبرت Lambert ١٩٦٤). وفي الفترة بين ١٩٥٢ - ١٩٥٤م و ١٩٦٠م حصلت زيادة مقدارها نحو (٦٠) بالمائة في نسبة السكان الذين يعيشون في مستوى يقل عن (١٤٠) بالمائة من مستوى "المساعدة الوطنيّة" القديمة. ولم يكن التدهور طفيفاً إلا خلال الستينيات، ولكنه عاد ليكون ملحوظاً بشكل أكبر في الفترة ١٩٧١ - ١٩٨١م. وفي السبعينيات والثمانينيات ازدادت البطالة زيادة سريعة بشكل خاص. ورغم أنها انحسرت نحو عام ١٩٧٥-١٩٧٦م فقد ازداد الفقر النسبي في أواخر السبعينيات وزادت سرعة ازدياده في الثمانينيات، وخاصّة في أواخرها. هناك إذن دليل على تطابق تقريبي بين ما يحدث لصور عدم المساواة الصحيّة والفقر النسبي بين السكان النشطين اقتصادياً خلال السنوات ١٩٢١ - ١٩٨١م (ولكنسون ١٩٨٩).

الشكل (٥ - ٩): الفوارق المتنامية في الدخل: توزيع الدخل الممكن التصرف فيه معدلاً حسب حجم الأسر في المملكة المتحدة.



—●— معامل جيني: مقياس عدم المساواة بالنسبة المئوية (المحور الأيسر).

--- نسبة دخول أغنى (٢٠) بالمائة إلى أفقر (٢٠) بالمائة (المحور الأيمن).

ملاحظة: يقيس معامل جيني درجة عدم المساواة في الدخل - ليس بين الأغنياء والفقراء فحسب، بل في المجموعة السكانية بأكملها. وكلما كبر المعامل تزداد درجة عدم المساواة. ولو كان الجميع يحصلون على الدخل نفسه لكان المعامل يساوي الصفر في المائة. ولو حصل شخص واحد على الدخل بأكمله ولم يحصل الآخرون على أي شيء لكان المعامل (١٠٠) بالمائة.

المصدر: مكتب الإحصائيات المركزي. اتجاهات اقتصادية ٤٧٥: ص ١٢٩.

مع الشكر لـ (أ.ب. أتكينسون A.B. Atkinson)

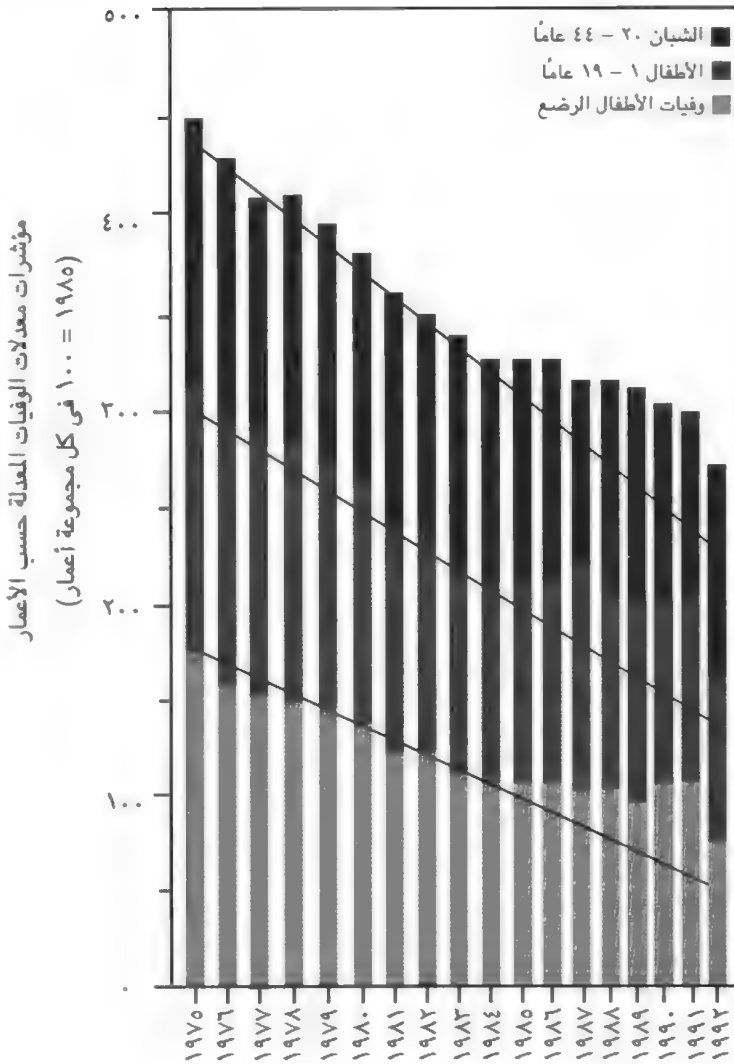
ومن المرجح أن أرقام الوفيات المهنية لعام ١٩٩١م حين تتوافر ستظهر التأثير المستمر للفقر النسبي المتزايد. ونستطيع من الآن رؤية آثار اتساع الفوارق في الدخل على التباينات المحلية وعلى معدل الانخفاض في معدلات الوفيات القومية. فبدلاً من التغيرات المعتادة البطيئة نوعاً ما في توزيع الدخل، اتسعت فوارق الدخل بسرعة شديدة في ظل حكومة ناشتير في أواخر الثمانينيات من القرن العشرين. والاتجاهات مبينة في الشكل (٥ - ٩). يسجل كل من معامل جيني ونسبة دخول أدنى (٢٠) بالمائة إلى دخول أعلى (٢٠) بالمائة من السكان المبينة في الشكل اتساعاً بطيئاً في فوارق الدخل حتى منتصف الثمانينيات، يتلوها بدءاً من عام ١٩٨٥م اتساع أكثر سرعة. ويكاد المعدل الذي ازداد به مستوى عدم المساواة خلال تلك الفترة لا يكون له سابقة. ومن بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية شهدت نيوزيلندا وحدها سرعة أكبر في اتساع فوارق الدخل (هيلز Hills ١٩٩٤). وبينما اعتاد علماء الاقتصاد على بحث الاستقرار الغامض طويل الأمد في توزيع الدخل؛ اتسعت في أواخر الثمانينيات الفجوة بين الأغنياء والفقراء بسرعة تكفي لجعل البحث عن تأثير ذلك على أرقام الوفيات السنوية أمراً يستحق العناية.

ومعظم النمو في عدم المساواة في الدخل حدث بين الأشخاص الذين في سن العمل وأولادهم. فالفقر النسبي بين كبار السن لم يزد إلا بمقدار طفيف جداً خلال تلك الفترة. ومجموعات الأعمار الأصغر سناً هي التي نجد بينها تأثير اتساع فوارق الدخل على الوفيات. ويبين الشكل (٥ - ١٠) ما حدث لمعدلات الوفيات السنوية لكلا الجنسين معاً في ثلاث فئات لأعمار مختلفة: وفيات الأطفال الرضع في الشريط السفلي من كل عمود، ووفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (١ - ١٩) سنة في الوسط، ووفيات البالغين بين (٢٠ - ٤٤) عاماً في الشريط العلوي. وقد جعلت القيم في كل من مجموعات الأعمار مساوية لـ (١٠٠) في عام ١٩٨٥م لتسهيل مقارنتها جميعاً في الشكل البياني نفسه. والخطوط المائلة خلف الأعمدة هي خطوط انحدار تبرز الاتجاهات المنحدرة في معدلات الوفيات في الفترة ١٩٧٥ - ١٩٨٤م. وهي تبين معدلات الوفيات كما كانت ستبلغ لو أن معدل الانخفاض نفسه استمر خلال الفترة بأكملها. وتبين الأعمدة المظلمة بوضوح أن معدل انخفاض الوفيات تباطأ بدءاً من

عام ١٩٨٥م في كل مجموعة أعمار. (وقد لفت التقرير السنوي لكبير المسؤولين الطبيين The Chief Medical Officer لعام ١٩٩٠م الانتباه إلى هذا الاتجاه المقلق معتقداً أن معدلات الوفيات في مجموعة الأعمار بين (١٥ - ٤٤) عاماً ازدادت فعلياً في تلك الفترة (وزارة الصحة ١٩٩١). وتنميط الأعمار في مجموعات تغطي كل منها خمسة أعوام - كما هو مبين هنا - يوضح أن الاتجاه العام كان مجرد إخفاق في الانخفاض. وتبين الفجوة التي تتشكل بين أجزاء الأعمدة لكل مجموعة من الأعمار والخطوط المائلة إلى أي حد كانت معدلات الوفيات ستكون أقل انخفاضاً في أواخر الثمانينيات لو أن معدل الانحدار الذي شهدته فترة ١٩٧٥ - ١٩٨٤م بقى على ما كان عليه.

ومن الواضح أن هناك تطابقاً مدهشاً بين فترة اتساع الفوارق في الدخل وتباطؤ معدل التحسن في معدلات الوفيات القومية في فئات الأعمار الثلاث هذه. ولكن هل هذا مجرد تطابق بالصدفة؟ وما هي الأسباب الأخرى للاعتقاد أن الأمرين مرتبطان سببياً؟ إن أدلة قوية على ترابطهما تأتي من نتائج ثلاث دراسات منفصلة. وقد قارنت جميع هذه الدراسات التغيرات في الحرمان الاجتماعي - الاقتصادي مع التغيرات في معدلات الوفيات في مناطق صغيرة من إنجلترا وأسكتلندا بين التعدادين السكانيين في ١٩٨١ و ١٩٩١م. وقد توصلت جميعها إلى أن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية بين الدوائر الانتخابية اتسعت خلال العقد، وأن هذا صاحبه اتساع في فوارق معدلات الوفيات. وقد وجدت دراسة في أسكتلندا أن معدلات الوفيات ازدادت بين الراشدين الشباب من الذكور والإناث الذين يقطنون في مناطق الرمز البريدي التي تعاني قدراً أكبر من الحرمان (ماكلون McLoone وبودي Boddy ١٩٩٤). وفي دراسة (سبق ذكرها) تناولت (٦٧٨) دائرة انتخابية في المنطقة الشمالية من إنجلترا تبين مرة أخرى أن معدلات الوفيات ازدادت بين الراشدين الشباب في أكثر الدوائر فقراً (فيليمور وآخرون *Phillimore et al.* ١٩٩٤). كما توفر أيضاً دليل على وضع سلبي متفاقم بالنسبة للوفيات ضمن جلاسجو Glasgow مرتبط بتزايد الحرمان النسبي (ماكارون وآخرون *McCarron et al.* ١٩٩٤؛ مجلس الصحة في جلاسجو الكبرى ١٩٩٣).

الشكل (٥ - ١٠): مؤشرات تبين التغيرات في معدلات الوفيات بين الشبان والأطفال والرضع (الذكور والإناث معاً، إنجلترا وويلز ١٩٩٢-١٩٧٥)



المصدر: ولكنسون Wilkinson ١٩٩٤ ج.



من الواضح إذن أن التباطؤ في معدل تحسن معدلات الوفيات القومية الذي حدث في بريطانيا، وشمل جميع فئات الأعمار الأدنى من (٤٥) سنة لم يتطابق فقط مع اتساع في فوارق الدخل لم يسبق له مثيل في سرعته، لكنه عكس أيضاً اتجاهات سلبية في أكثر المناطق فقراً. فمع ازدياد الحرمان في تلك المناطق؛ ارتفعت الوفيات فعلياً بين بعض فئات الأعمار. وفي مجموعات أعمار أخرى لم ترتفع وإنما ببساطة توقفت عن الهبوط. ولكن في كلتا الحالتين من الصعب تفادي الاستنتاج بأن الاتجاهات في معدلات الوفيات القومية تدهورت نتيجة آثار اتساع فوارق الدخل على أكثر الفئات حرماناً. ويجب وضع هذه الاتجاهات مقابل التحسن المستمر في الوفيات الذي يحدث عادة حين لا يطرأ تغير في توزع الدخل. وخلال أواخر الثمانينيات من القرن العشرين كانت هناك نسبة عالية من السكان الذين لم يشهدوا أى تحسن في معدل الوفيات، والتحسينات بين المجموعات الأفضل حالاً توازنت بشكل كلى تقريباً مع التدهور بين الفئات الأسوأ حالاً.

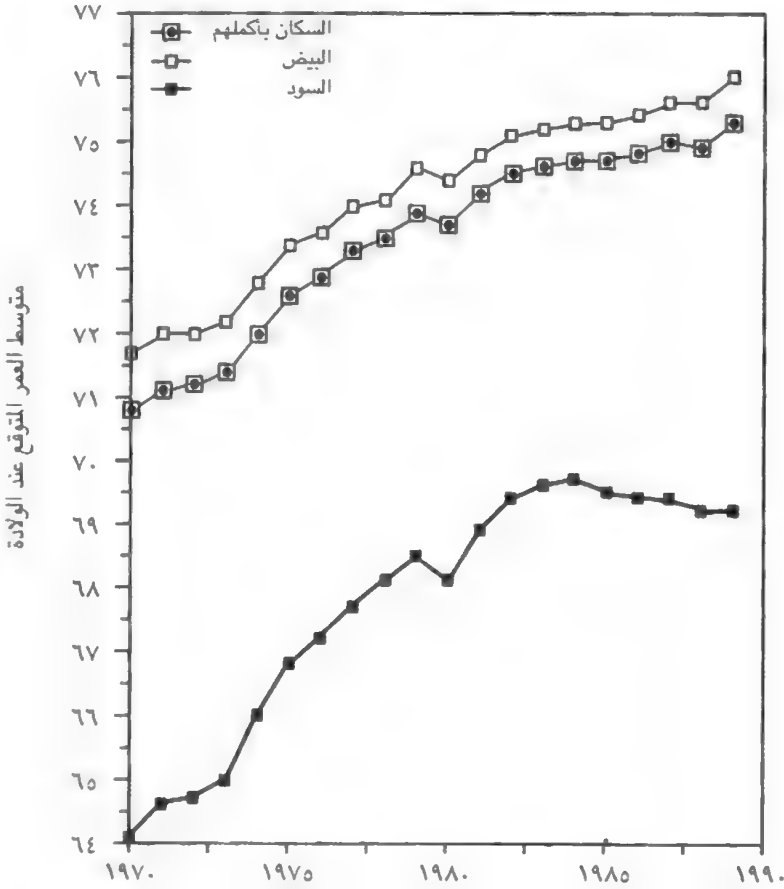
ومن المحتمل أن عمليات مماثلة أثرت في الوفيات في الولايات المتحدة. فمع اتساع الفوارق في الدخل خلال الثمانينيات انخفض أيضاً معدل تحسن متوسط العمر المتوقع عند الولادة للسكان (كوتشانك وآخرون. ١٩٩٤ Kochanek et al.). وكما يبين الشكل (٥ - ١١)، ترافق التباطؤ القومي بصورة خاصة مع انخفاض متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين السكان السود. وكانت أكبر مساهمات في الفوارق العرقية المتزايدة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة هي مساهمات مرض القلب ونقص المناعة المكتسب (الإيدز) والقتل والحوادث (كوتشانك. ١٩٩٤ Kochanek et al.).

ويوحى اكتشاف أن التباطؤ في معدل تحسن معدلات الوفيات القومية في بريطانيا والولايات المتحدة مرتبط بزيادة عدم المساواة الصحية بإجابة جزئية عن سؤالنا السابق عن حجم نسبة السكان التي تتعرض للتأثيرات الصحية الناجمة عن اتساع الفوارق في الدخل. ورغم أننا لا نعرف ما إذا كانت المجموعات المتمتعة بقدر أكبر من المزايا شهدت أيضاً تباطؤاً في انخفاض معدلات وفياتها (فالأمريكان البيض يشملون الفقراء من البيض)،

فإننا نعرف أن ازدياد دخولها النسبية لا يؤدي إلى تسارع معوّض في انخفاض معدلات وفياتها يعدّل تأثير الضرر الذي يحدث بين الفئات الأقل ثراءً. وإذا كان الدخل النسبي إذن له تأثير على الصحة كمفهوم تجريدي؛ فإن المرء يستغرب إذا لم تؤد الزيادات في الدخل النسبية للفئة الموجودة أصلاً في أعلى المجموعة إلى تحسن أسرع في صحة تلك الفئات. ولكن بالتفكير في هذا الأمر ضمن أي نطاق عملي لا يوجد أي سبب لأن تتحسن صحة الأغنياء نتيجة ازدياد التوترات الاجتماعية واليأس والتفسخ في المناطق الداخلية في المدن. ولا يقترح أحد أن صحة الأغنياء يمكن أن تستفيد بأي شكل من كونه معدلات الوفيات في هارلم في نيويورك بالنسبة لمعظم الأعمار أعلى مما هي عليه في ريف بنغلادش (ماكورد McCord و فريمان Freeman ١٩٩٤). إن تفسخ تلك المناطق، الذي يرتبط عادة بالجريمة والمخدرات والعنف، هو تهديد واضح لأمن السكان وخيرهم على نطاق أوسع بكثير؛ لذلك يتوقع المرء أنه في حين أن التأثير الرئيسي لتوزع الدخل على معدلات الوفيات القومية يأتي من تأثيره على الأقل ثراءً، ستكون هناك أيضاً آثار زائرة أكثر اتساعاً بين الأكثر ثراءً.

وفي معظم تصميمات البحوث لا يمكن وضع أي تمييز بين الدخل النسبي والمطلق. وإذا كان دخل شخص أعلى من دخل شخص آخر، فهو أعلى وفق كلا المفهومين النسبي والمطلق. وبالتسليم بأنه من المستحيل فحص تأثير مستويات المعيشة المختلفة على أفراد معزولين اجتماعياً على طريقة روبنسون كروسو Robinson Crusoe؛ فالطريقة الوحيدة التي يمكننا بها تمييز الآثار الاجتماعية لفوارق الدخل عن الآثار الاجتماعية لمستويات المعيشة المادية بحد ذاتها هي مقارنة فوارق الدخل بين مجتمعات تكون المقارنات الاجتماعية فيها داخلية بأكملها ومقارنة الفوارق ضمن تلك المجتمعات. وهذا ما فعلناه حين قارنا متوسط العمر المتوقع عند الولادة مع إجمالي الناتج القومي للفرد بين الدول وتوزع الدخل ضمنها؛ فالحقيقة هي أن توزع الدخل يكون في المجتمعات لا الأفراد.

الشكل (٥ - ١١): الاتجاهات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين السود والبيض في الولايات المتحدة الأمريكية (الذكور والإناث معا)



المصدر: كوتشانك وآخرون. Kochanek et al. ١٩٩٤.

وعلى الرغم من أنه على المستوى الفردي يستحيل تمييز الدخل النسبي عن الدخل المطلق، فقد يساعدنا إلقاء نظرة مختصرة على أدلة من البيانات الفردية على أن الدخل - فى أى شكل كان - هو بالتأكيد عامل محدد هام بالنسبة للصحة. ولقد سبق أن شاهدنا مثالين عن البيانات التى تبين ارتباطات قوية فى المقاطع النموذجية. أحدهما وهو المثال المبين فى الشكل (٥ - ١) (صفحة ١٠٠) كان مثلاً على الوفيات مستخدماً بيانات من دراسة اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة (ديفى سميث وآخرون *Davey Smith et al.* ١٩٩٦). والمثال الآخر هو ربط فان دورسلير وآخرون *van Dorslaer et al.* بين الدخل والمرض الذى يذكره صاحب العلاقة بنفسه فى تسع دول مختلفة (انظر الصفحة ١٢٠). لكن عمليات الربط التى لا تخضع لضوابط لا تخبرنا سوى القليل عن السببية. وقد وجدت دراسة مقاطعة ألاميدا *Alameda County* التى تابعت مجموعة سكانية فى كاليفورنيا أن الدخل على علاقة وثيقة بالصحة حتى بعد الضبط باستخدام سبعة عوامل أخرى متعلقة بالصحة (سليتر وآخرون *Slater et al.* ١٩٨٥). ولكن من الممكن دائماً القول إن الأغنياء يختلفون عن الفقراء بطرق ليس من السهل تحديدها، وبالتالي قياسها وضبطها بصورة فعالة. وحتى لو كانت مجموعة من الأشخاص متماثلة فيما يتعلق مثلاً بالتعليم والسلوك المرتبط بالصحة والطبقة الاجتماعية، فلا يزال بالإمكان تخيل أن يتمتع الأغنياء بين أفرادها بصحة أوفر؛ لأن لديهم قدراً أكبر من المبادرة أو أى شىء آخر مما لم يتم قياسه. ويمكن قول الشىء نفسه إذا درست أفراداً على مدى فترة زمنية وهم يزدادون ثراءً أو فقراً، فمن الممكن أن تبقى فوارق غير ملحوظة بين الذين يزدادون ثراءً أو فقراً.

وأحد الأبحاث التى حاولت الالتفاف حول بعض هذه المشاكل قام بذلك عن طريق دراسة آثار تغيرات الدخل لم يتم فيها اختيار الأشخاص لأنفسهم بأنفسهم. فقد ألقت نظرة لاكتشاف ما إذا كانت توجد علاقة بين التغيرات فى الدخل ومعدلات وفيات الأشخاص بين عامى ١٩٧١م و ١٩٨١م لدى نحو (٦٤) مجموعة مهنية مختلفة يمكن تحديدها عند نهاية كل فترة (ولكنسون ١٩٩٠). وكان السؤال هو ما إذا كانت مراكز المهن المتغيرة فى "جدول فئات" الوفيات المهنية متعلقة بتغيرات فى مراكزها فى فئة الأجور المهنية. وبصورة عامة، تتقرر فوارق الأجور

المتغيرة بين المجموعات المهنية بفعل قوى اقتصادية مجردة والتغيرات فى التقنية ووضع السوق والمنافسة الدولية، وليس بفعل الصفات الشخصية للأفراد العاملين فى تلك المهن. والمشكلة المنهجية الوحيدة فى هذا التصميم للبحث كانت أنه إذا انتقلت المهن انتقالاً ملموساً صعوداً أو هبوطاً فى فئة الأجور، فقد يسبب ذلك شيئاً من الاختيار الانتقائى لأعضاء جدد فى المهنة أو فقدان بعض الأشخاص من تلك المهن. وليس من الواضح حين يهبط مستوى مهنة معينة ما إذا كان أقل العاملين بها صحة يصبحون فائضين عن الحاجة أولاً أم الأفضل صحة الذين يسرعون إلى ترك المهنة للعثور على أعمال أفضل. ولكن كان من الممكن ضبط الدراسة حسب التغيرات فى حجم المهن مما يأخذ بعين الاعتبار إحدى العمليتين الانتقائيتين أيما كانت آثارهما. وأجرى تنقيح آخر للدراسة وهو قصر المقارنات على الفئة نفسها فى كل مهنة مع ازدياد سن أعضائها خلال العقد. ومعنى ذلك هو أن يُقارن على سبيل المثال أشخاص فى الثلاثينيات أو الأربعينيات من العمر فى عام ١٩٧١م مع الأشخاص الذين بلغت أعمارهم الأربعين أو الخمسين فى عام ١٩٨١م. ومن المرجح أن هذا ساعد فى ضمان أن نسبة عالية من الأشخاص أنفسهم دخلت فى المقارنة عند كل من النقطتين الزمنيتين، إذ حتى لو غير شخص الجهة التى يعمل لديها عدة مرات؛ فإن معظم المدرسين يبقون مدرسين ومعظم سائقى القطارات يبقون سائقى قطارات. وقد أظهرت نتائج البحث بوضوح أن التغيرات فى موضع المهنة فى فئة الوفيات ترتبط بعلاقة وثيقة مع التغيرات فى نسبة الأشخاص فى تلك المهنة العاطلين عن العمل، أو الذين يكسبون أجوراً قليلة. وبشكل مستقل ارتبطت الزيادات فى نسبة العاطلين عن العمل ونسبة نوى الأجور القليلة مع التدهور فى موضع المهنة المعنية فى فئة الوفيات.

وقد أجريت تجربة ضبط لآثار تغير الدخل كان الانتقاء فيها عشوائياً على نحو حقيقى. وصممت التجربة لفحص الآثار الاقتصادية والاجتماعية لنظام مقترح لضريبة دخل سلبية فى جارى Gary بولاية إنديانا الأمريكية (كيرر Kehrر وولين Wolin ١٩٧٩). وللأسف كانت النتائج الصحية الوحيدة التى تم قياسها هى الحمل والولادة. وقد اقتصر تركيز الدراسة على السكان نوى الدخل المنخفض الذين وزعوا عشوائياً بين الاستمرار فى نظام

الإنعاش الاجتماعي العادي أو تلقى ضريبة الدخل السلبية. وقد انتهى الأمر بالنسبة للمجموعة التي تلقت ضريبة دخل سلبية بأن حصلت دخولاً يزيد متوسطها بنحو (٥٠) بالمائة على متوسط دخول العائلات في مجموعة الضبط. ووجدت الدراسة أنه في كل مجموعة من أربع مجموعات من النساء المتعرضات لنسبة عالية من خطر ولادة أطفال قليلي الوزن، كان أطفال النساء اللواتي تلقين ضريبة دخل سلبية أكبر وزناً بصورة ملموسة.

ويفترض عادة أن الرابطة بين هذا النوع من الأدلة، التي توحى أن الدخل مرتبط بالصحة بعلاقة سببية وتوحى بعلاقة بين متوسط الصحة وتوزيع الدخل، تعتمد على بيان أن التغيرات في الدخل لها تأثير أكبر على صحة الفقراء من تأثيرها على صحة الأغنياء. وقد اعتقدت في بداية الأمر أنه ما لم يكن الأمر كذلك، فلا جدوى من البحث عن علاقة بين توزيع الدخل ومعدلات الوفيات القومية. وبدا أن السؤال هو ما إذا كانت علاقة الدخل والوفيات تنحني بشكل يجعل أخذ (١٠٠) جنيه إسترليني من الأغنياء وإضافتها إلى دخول الفقراء سيزيد صحة الفقراء أكثر مما ينقص صحة الأغنياء.

وكانت الأدلة من تحليل التغيرات في الدخل المهنية ومعدلات الوفيات (التي ورد بحثها سابقاً) قد أوضحت أن معدلات الوفيات لم تتأثر إلا بالتغيرات في نسبة الأشخاص العاملين في كل مهنة بدخل منخفض. وبالإضافة إلى الدليل من تحليل التغيرات خلال العقد ١٩٧١ - ١٩٨١م فالعلاقة المقطعية العرضية بين الدخل المهنية والوفيات انحنى أيضاً بحيث أوضحت أن الوفيات بين الأقل ثراء كانت أكثر استجابة للتغير في الدخل من الوفيات بين الأكثر ثراء. وأخيراً، فبين (٩٠٠٠) شخص غطاهم مسح الصحة وأساليب المعيشة Health and Lifestyles Survey، لم تظهر ثلاثة مقاييس للمرض الذي يبلغ عنه المريض نفسه علاقة منحنية مع الدخل فحسب، بل علاقة توحى بأنه بعد معدلات المرض الهابطة مع صعود المرء من الفقراء سلم الدخل، هناك اتجاه لأن تزداد فعلياً معدلات المرض من جديد مع انتقاله من مستوى الدخل المتوسط إلى فئة الأغنياء - وقد أوحى منحني على شكل "ل" معكوسة أنه إذا ازداد الأغنياء ثراء فسيزدادون مرضاً (بلاكستر ١٩٩٠). وأتى إحياء

مماثل من الولايات المتحدة عن صحة أقل بين أكثر الناس ثراء (جروسمان Grossman ١٩٧٢). وقد طرح هذا الإمكانية المدهشة - رغم كونها صعبة التصديق - بأن التحويلات من دخول الأغنياء إلى دخول الفقراء قد تحسن صحة الطرفين في الوقت نفسه. لكن ميلدرد بلاكستر Mildred Blaxter أوضحت فيما بعد أن أدلة ارتفاع معدلات المرض بين الأغنياء مبنية على أعداد صغيرة جداً، معظمها من شبان أثرياء وبعض الأرامل الثريات، وبالتالي قد لا تكون دليلاً يمكن الاعتماد عليه للعلاقة بين الأغنياء بصورة عامة (اتصال شخصي).

وهناك أدلة لا توحى أن الصحة لا تظهر أية علامات على التدهور في مستويات الدخل العالية فحسب، بل العلاقة ليست علاقة منحنية بتاتاً. وتشير البيانات الأمريكية من دراسة اختبار التدخل في عوامل الخطر المتعددة المبينة في الشكل (٥ - ١) إلى علاقة خطية بشكل ثابت. (ولكن يجب أن يبقى في الذهن أن بيانات الدخل في هذه الدراسة هي متوسط الدخل في منطقة الرمز البريدي التي يقطن الشخص فيها وليس دخول الأشخاص الفردية). ولو كانت العلاقة السببية خطية لأدى انخفاض (١٠٠٠) دولار في دخول الأغنياء إلى الإضرار بصحتهم بنفس المقدار الذي تتحسن فيه صحة الفقراء من زيادة (١٠٠٠) دولار. ولن يكون هناك فائدة صافية من إعادة توزيع الدخل. وقد أجريت منذ ذلك الحين عدة دراسات أخرى لشكل العلاقة بين الدخل والصحة. وذكر باكلمند وآخرون Backlund *et al.* علاقة منحنية مع الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية (باكلمند وآخرون ١٩٩٦).

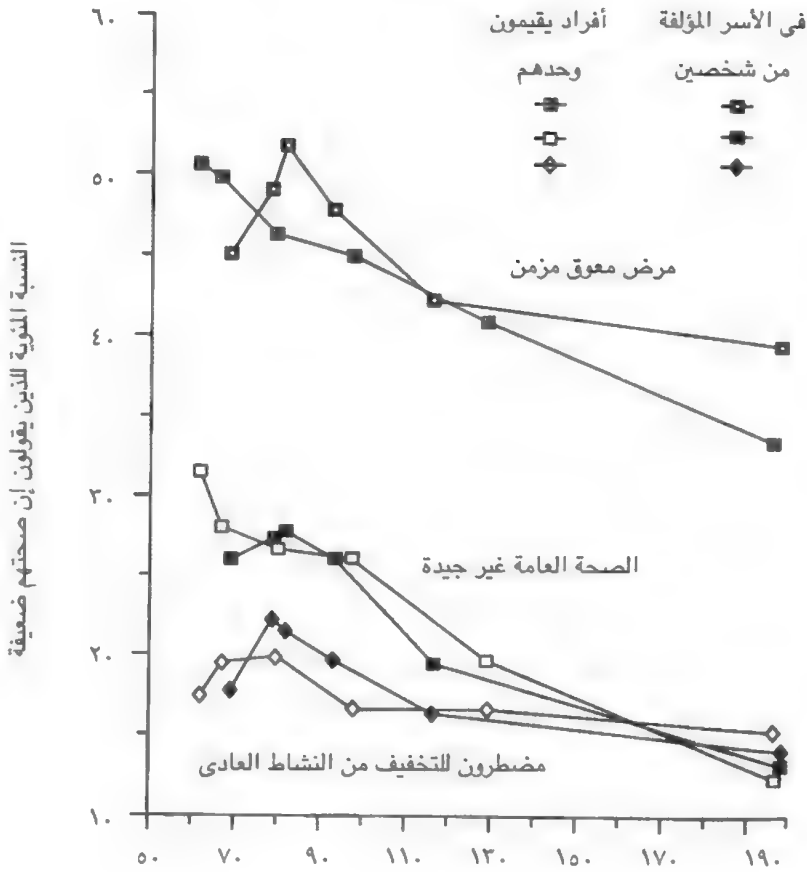
وفي حال أن هذه الصورة الملتبسة تعكس تأثير مشكلات فنية مختلفة؛ فقد بدا من الأفضل أن يقتصر النظر إلى المسألة على مجموعة من الناس تكون المشكلات الفنية بينهم في أدنى صورة ممكنة. فأولاً بقصر الانتباه على المتقاعدين تقلل الدراسة من عنصر السببية المعاكسة التي بموجبها قد يتعرض الأشخاص الذين يصابون بالمرض إلى انخفاض في أجورهم. فبصورة عامة يحصل المتقاعدون على معاشات ثابتة بشكل لا علاقة له بصحتهم. وباستخدام بيانات تلطفت بتزويدها بها سارا آربر Sara Arber من مسح الأسر العام - General Household Survey، استبعدنا الدخول من إعانات المرضى وبدلات الحضور التي تزيد من دخول المرضى الكبار في السن. وثانياً بسبب المشاكل التي سبق ذكرها والخاصة بالاختيار

الاعتباطى لمقاييس المساواة التى تستخدم عند تعديل دخل الأسرة لأخذ عدد الأشخاص فى كل أسرة بعين الاعتبار؛ بدا لنا من الأفضل الاقتصار فى التحليل على العدد الكبير من الأسر الذى يحتوى على شخص واحد كبير فى السن أو شخصين، وتحليل هاتين المجموعتين بصورة منفصلة. ولكن يشاء الحظ ألا تعطى مقاييس المرض الذى يبلغ عنه المريض نفسه والمأخوذة من مسح الأسر العام فى بريطانيا حكماً قاطعاً حتى على هذا الأساس الخالى من أية شائبة. وبين الشكل (٥ - ١٢) مثلاً من النتائج؛ فالعلاقة ليست خطية بصورة مترابطة منطقياً وليست غير خطية. ولكن بالتسليم بأن بيانات مجموعة الدخل الأقل فى أى مسح للدخول تميل إلى أن تكون غير جديرة بالثقة؛ لأن عدداً من الأشخاص الموسرين إلى حد معقول والذين يعيشون على رأس مالهم أو مدخراتهم وينفقون أكثر من المتوسط يميلون إلى القول بأنهم بلا دخل، بل أحياناً بأنهم من نوى الدخل السلبى، فمن المحتمل أن تميل العلاقة إلى الانحناء. ولو كان من الممكن إخراج هؤلاء الأشخاص الذين صرحوا عن دخل منخفض لكن مستوى معيشتهم عالٍ من مجموعة الأشخاص الأقل دخلاً، فإن معدل المرض بين الفقراء حقاً الباقين فى المجموعة قد يكون عالياً بشكل كافٍ لأن يعطى صورة أكثر إقناعاً لعلاقة منحنية.

وبعد أن استكملت الحجج فى هذه المجالات مجراها انقلبت الآن تقريباً رأساً على عقب. فبدلاً من أن تكون مصداقية العلاقة بين توزع الدخل ووفيات السكان معتمدة على إثبات أن العلاقة بين دخل الأفراد والصحة منحنية، تم الآن إثبات علاقة توزع الدخل بصورة راسخة، بغض النظر عن شكل العلاقة الفردية. وعلى شكل مشابه يمكننا الآن أن نكون على ثقة من وجود نوع من العلاقة السببية بين المساواة فى الدخل ومتوسط الوفيات أكبر بكثير من ثقتنا أن الدخول الفردية محددة حقيقية للصحة. وعلى الرغم من أن الفكرة الأخيرة تبدو معقولة جداً ويوجد بعض الأدلة التى توحى بصحتها، فلا توجد سوى أدلة ضئيلة جداً تحمى من النقد من أن الأمر لا يعدو أن يكون آثار الانتقاء الذاتى. ومن جهة أخرى، لأن علاقة توزع الدخل تطال المجموعات السكانية بأكملها، فهى ليست عرضة للتأثر بالآليات الانتقائية.



الشكل (٥ - ١٢): ثلاثة مقاييس للصحة حسب وصف الشخص صاحب العلاقة لها بالنسبة إلى الدخل بين الرجال والنساء (معاً) البالغين من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر والذين يقيمون بمفردهم أو في أسر مكونة من شخصين



المصدر: بيانات من المسح العام للأسر، زودتنا بها سارا آربر Sara Arber.

والآن وقد رفض شكل العلاقة بين الدخل والصحة الكشف عن نفسه بصورة لا لبس فيها، أصبح من الواضح أن انحناؤه ليس شرطاً مسبقاً ضرورياً لتأثير توزع الدخل على الصحة. وجورج ديفى سميث George Davey Smith (الذى أورد البيانات للعلاقة الخطية فى الشكل ٥ - ١) هو أول من أقنعنى - ونحن نتناول القهوة خارج محطة جلاسجو المركزية - بالتفكير فى كيف أن العلاقة الخطية يمكن أن تتماشى مع تأثير توزع الدخل.

فوراء فكرة أنه لا بد أن تكون العلاقة منحنية يكمن مفهوم عالم الاقتصاد عن الفائدة الهامشية المتناقصة لزيادات الدخل. وفى الأساس هذا المفهوم هو ببساطة فكرة أنه بعد أن يتوافر لك مقدار كبير من شىء معين، كالطعام مثلاً، فإن المزيد سيكون أقل نفعاً لك مما سيكون لشخص آخر لديه مقدار أقل. والاحتمال فى أن توجد لدى الأشخاص الأكثر فقراً احتياجات لا تلبي تؤثر على صحتهم أكبر من احتمال وجودها لدى الأغنياء. لكن وراء هذه الطريقة فى التفكير المنطقي لا يزال يكمن مفهوم أن ما يهم هو مستويات الاستهلاك المطلقة: أن فائدة السلع (أو الخدمات) هى التى لها اعتبار وهذه الفائدة هى ما يختلف بين الفقراء والأغنياء. ولكن إذا فكرنا على أسس نسبية كلياً يختلف مغزى الأشياء. فما يهم ليس طبيعة السلع نفسها بقدر ما هو الدلالات الاجتماعية لمستويات مختلفة من الدخل والاستهلاك. ومقاييس الدخل النسبى لا بد أن تستند إلى نقطة مرجعية فى كل مجتمع. وبصورة عامة تكون النقطة المرجعية هى متوسط الدخل - ومن هنا يعرف الفقر النسبى عادة على أساس نسبة السكان التى تعيش على أقل من (٥٠) بالمائة من متوسط الدخل. ولكن لتوضيح المناقشة حول الانحناء، سنأخذ نقطة مرجعية مختلفة. تخيل قياس جميع المراكز الاجتماعية والتسلسل الهرمى وفق علاقتها بأعلى (١٠) فى المائة، وأخذ الفوارق فى الدخل على أنها مقياس بعد كل شخص آخر عن تلك الفئة باتجاه الأسفل. ولنفتراض أيضاً أنه كلما ازداد بعد دخول الأشخاص عن تلك الفئة تزداد حالتهم الصحية سوءاً. عندئذ يمكن أن توجد علاقة خطية كلياً بين الدخل والصحة فى كل مجتمع، وفى نفس الوقت اكتشاف أن الصحة الإجمالية تتحسن كلما تقلصت فوارق الدخل. فالفوارق الأقل فى الدخل تخفض مدى الظرف المعوق الاجتماعى الضار بالصحة بالعلاقة مع أعلى (١٠) بالمائة من السكان.

ويتمتع هذا بصفته نموذجاً بشيء من المصادقية. فبالإضافة إلى الارتباطات الإيجابية بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وحصة العشيرات الأدنى من الدخل، يوجد دائماً ارتباط سلبي مع حصة أعلى (١٠) بالمائة (فكلما كبرت الحصة التي ينالها أعلى ١٠ بالمائة ينخفض متوسط العمر المتوقع عند الولادة). واستخدام النموذج لفهم الدخل النسبي الذي لا يسمح لأعلى (١٠) بالمائة، مهما بلغت دخول أفرادها، بأن يتفوقوا بأية حال على أفضل وضع (أي النقطة المرجعية التي تعادل الدخل فيها ١) يمكن أن يفسر أيضاً السبب في أن الآثار الصحية للدخول النسبية المتردية في المراتب الأدنى من السلم لا تعدّلها أية فوائد على شكل مزايا متزايدة في المراتب الأعلى من السلم. لذلك يبدو أننا بأخذ الدخل على أسس نسبية كلياً، وافترض أن ما يضر بالصحة هو شيء له علاقة بالمعوق الاجتماعي - الاقتصادي بحد ذاته، يمكن لتأثير توزع الدخل على الصحة الوسطية أن ينسجم حتى مع علاقة خطية بين الدخل والصحة داخل مجتمع ما. وإذا كان الحال كذلك قد يكون أفضل مقياس مناسب يستخدم لقياس توزع الدخل في علاقته بالصحة مشابهاً لآلية عمل الرافعة، بحيث يجمع عزوم القوة حول نقطة ارتكاز أو نقطة مرجعية. فبأخذ نقطة مرجعية مثل دخل أعلى (١٠) بالمائة، ستقاس القوة الإجمالية للحرمان في مجتمع من المجتمعات بجمع مسافات الدخل المتناسبة لجميع الأشخاص الآخرين تحت المجموعة المرجعية. ويوحى اكتشاف أن ما يدعى مؤشر "روبن هود" لعدم المساواة (الذي يقيس أطول مسافة بين منحني لورنز Lorenz وخط المساواة في الدخل) مرتبط بالوفيات في الولايات الأمريكية الخمسين بعلاقة أوثق من معامل جيني أن هذه قد تكون الطريقة التي يجب اتباعها (كنيدي وآخرون Kennedy et al. ١٩٩٦).

ولا يتيح هذا الدليل المجال لنا للمضي أبعد من ذلك. فلا يزال غير معلوم ما إذا كانت العلاقة بين الدخل والصحة خطية أو منحنية؛ إذ هناك أدلة تؤيد كلا من الجانبين. وكونها ليست منحنية على نحو لا جدال فيه قد يكون مؤشراً على كونها غير منحنية بشكل كافٍ؛ لأن يكون الانحناء هو المصدر الوحيد للعلاقة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة وتوزع الدخل. ولكن تأثير توزع الدخل لا يوحى ضمناً بعلاقة غير مستقيمة إلا حين استخدام

مفاهيم مناسبة لتأثير مستويات الدخل المطلق على الصحة. وإذا فكرنا بدلاً من ذلك بتأثير الدخل النسبي على الصحة وحددنا مستويات الدخل النسبي على أسس نسبية حقاً، فإنه حتى العلاقة الخطية بين الدخل والصحة ضمن الدول تكون متماشية مع تأثير توزيع الدخل على معدلات الوفيات القومية. وعندئذ يفقد النقاش مغزاه.

ونقطة أخرى ينبغي عندها التمييز بشكل أوضح بين مفاهيم الدخل النسبي والمطلق هي في تفسير حجم الفوارق في حصة الدخل المرتبطة بفارق مقداره عدة سنوات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وفي العادة يرتبط فارق لا يتجاوز نحو (٧) بالمائة في حصة الدخل التي ينالها النصف الأدنى من السكان بزيادة نحو سنتين في متوسط العمر المتوقع عند الولادة (ولكنسون ١٩٩٤ ب). ويبدو هذا التغير في الدخل أقل من أن يوفر تفسيراً معقولاً للفوارق في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. والأرقام مبنية في الجدول (٥ - ١). فالسطر الأول في الجدول يبين حصتي الدخل الإجمالي التي قد يحصل عليها النصفان الأدنى والأعلى من السكان في بعض المجتمعات المتقدمة الأقل مساواة، وهي (٢٧) و (٧٢) على التوالي. (وبالطبع لا بد أن يكون مجموع هاتين الحصتين ١٠٠ بالمائة من دخل المجتمع الشخصي الذي يمكن التصرف فيه). ويبين السطر الثاني الحصتين اللتين يمكن عادة العثور عليهما في مجتمعات أكثر مساواة، فقد أضيفت (٧) بالمائة إلى حصة النصف الأدنى بحيث أصبحت (٣٤) بالمائة. ونتيجة لذلك نقصت حصة النصف الأعلى من (٧٢) إلى (٦٦) بالمائة. ولكن رغم أن الفارق هو (٧) بالمائة فقط، إذا حسب المرء نسبة دخول النصف الأدنى بالمقارنة مع النصف الأعلى (آخر عمود في الجدول ٥ - ١) سيتبين أن الدخل النسبي للنصف الأدنى ازداد من (٣٧) بالمائة إلى (٥٢) بالمائة مما يناله الجزء الأعلى. ويمثل هذا زيادة في الدخل النسبي للنصف الأدنى مقدارها أكثر من (٤٠) بالمائة. وعلى الرغم من أن العملية الحسابية التي تحول زيادة قدرها (٧) بالمائة إلى زيادة تبلغ (٤٠) بالمائة قد تبدو وكأنها شيء من قبيل خفة اليد، من الواضح أن الرقم الأول هو التغير في مستويات الدخل المطلق، في حين أن الثاني هو ناتج عملية حسابية مبنية بشكل ثابت على منطق الدخل النسبي.

## الجدول (٥ - ١): تأثير توزيعات مختلفة للدخل على الدخل النسبي لنصف السكان الأكثر فقراً

أدنى ٥٠٪	أعلى ٥٠٪	نسبة الأدنى من السكان	إلى الأعلى
٢٧	٧٣	١ : ٢٧	
٢٤	٦٦	١ : ٥٢	
النسبة المئوية للزيادة			
(أ إلى ب) من الدخل النسبي لأدنى ٥٠٪			
٤٠,٥			

ملاحظة: يبين الجدول كيف أن زيادة (٧) بالمائة (من ٢٧ إلى ٣٤ بالمائة) في حصة الدخل التي يتلقاها أفقر (٥٠) بالمائة من السكان تؤدي إلى زيادة (٤٠) بالمائة في الدخل النسبي لتلك المجموعة.

وبعد مسح عدد من القضايا المتعلقة بالأدلة الإحصائية عن العلاقة بين الدخل والصحة، يمكن لنا البدء في رؤية صورة متماسكة إلى حد معقول. والملاحظ الرئيسية هي كما يلي. أولاً توجد أدلة جيدة تماماً على أن الصحة تتجارب مع التغير في الدخل، وهذا شيء منطقي جداً. ثانياً، هناك عدد من الأسباب القوية للاعتقاد أن الدخل النسبي أهم من الدخل المطلق في الدول المتقدمة الغنية. وتشمل هذه الأسباب الدليل على أن التحول الوبائي هو مؤشر أن الغالبية العظمى من السكان حققت مستويات معيشة كافية لضمان ألا تبقى الاحتياجات الأساسية هي الكابح الأول لصحة السكان. وهي أيضاً تتضمن التناقض الظاهري بين العلاقة الوثيقة التي تربط الدخل والصحة ضمن الدول المتقدمة وعدم وجود أية علاقة من ذلك القبيل بين الدول المتقدمة. ومما يعطى تأكيداً قوياً لتفسير الدخل النسبي لهذا التناقض الظاهري العلاقة بين عدم المساواة في الدخل ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة التي تم بيان أنها موجودة في الدول الغنية والفقيرة. وقد تم الآن إيضاح ذلك باستخدام مقاطع نموذجية وعلى البيانات التي تتناول التغيرات الحاصلة بمرور الزمن، ولا يمكن للعلاقة أن تعزى بصورة قابلة للتصديق إلى تدخل متغير وسيط. وهناك أيضاً أدلة على أن مستوى

الفوارق في الدخل في الدول المتقدمة يرتبط بمستوى عدم المساواة في الصحة فيها. ويبدو هذا صحيحاً في المقارنات التي تغطي الدول كما يبدو صحيحاً داخل الدول مع مرور الزمن. والمعنى الضمني هو أن صور عدم المساواة في الدخل تؤثر في معدلات الوفيات القومية بصورة رئيسية من خلال تحديد قوة تأثير الحرمان النسبي على الصحة. وليس من الواضح ما إذا كانت صحة الأشخاص الأكثر ثراء تتحسن أيضاً حين تضيق الفوارق في الدخل، لكنه من الواضح أن التغيرات في فوارق الدخل لا تؤدي إلى تغيرات في صحة الأغنياء توازن بشكل ملموس التغيرات في صحة الفقراء. ومن هنا فإن تضيق عدم المساواة الصحية يؤدي إلى تحسن أسرع في معدلات الوفيات القومية. وكون صور عدم المساواة الصحية لم تبدِ أى اتجاه عام نحو التضاؤل في الدول المتقدمة أثناء حدوث التطور الاقتصادي يعني ضمناً أنها ليست انعكاساً للفرق المطلق.

وتطرح التأثيرات القوية للدخل النسبي وطبيعة هذه التأثيرات الاجتماعية المتأصلة تحدياً لا يستهان به لعلم الاقتصاد التقليدي الذي بنى نفسه إلى حد كبير على تعظيم المسرات الاجتماعية الناتجة عن الاستهلاك المادي؛ فعلم الاقتصاد لم يتناول بشكل وافٍ مدى الطابع الأساسي للاحتياجات الاجتماعية وإلى أى مدى يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في النظام الذي يلبي به المجتمع حاجاته المادية. وعلى الرغم من بعد علم الاقتصاد عن أن يكون لا اجتماعياً بصورة حصرية؛ فإن ثقل تطبيق نظرية الاختيار العقلاني قلل إلى حد كبير من أهمية الاحتياجات الاجتماعية البشرية ومن حقيقة أن تلبيتها يجب في أحوال كثيرة أن تعطى الأسبقية، وخاصة في المجتمعات الموسرة، قبل مطالب زيادة الاستهلاك الفردي إلى أقصى حدوده. إن هناك افتقاراً إلى اقتصاد اجتماعي للرفاهة.



## **الجزء الثالث**

**التماسك الاجتماعي والصراع  
الاجتماعي**





## الفصل السادس

### بلدة صغيرة فى الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا أثناء الحرب، وأوروبا الشرقية، واليابان

الشيء الذى يبدو واحداً من أهم الفوارق بين الطريقة التى يؤثر بها الدخل النسبى والدخل المطلق على الصحة هى أن الدخل المطلق يؤثر عليها من خلال التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة للظروف المادية، فى حين ينطوى الدخل النسبى بطبيعته على عناصر اجتماعية فى العمليات السببية. فالدخل المطلق قد يؤثر فى الصحة من خلال التعرض لمواد سامة أو من خلال نظام غذائى سيئ أو مسكن تكثر فيه الرطوبة أو تدفئة غير كافية. ويوحى التأثير القوى الذى يبدو أن الدخل النسبى يتصف به بأن الأمر لا يتعلق إلى حد كبير بظروف المرء فى حد ذاتها، ولكن بوضعها بالمقارنة مع ظروف الآخرين: بالمكان الذى يوضع المرء فيه فى السلم العام للأشياء وبتأثير ذلك على حياته النفسية والعاطفية والاجتماعية. وستتطرق إلى هذه الموضوعات فى الفصول الثامن والتاسع والعاشر، ولكن بدلاً من الانتقال من مفهوم توزع الدخل (فى الفصل الماضى) مباشرة إلى السبل التى يمكن من خلالها أن يؤثر الدخل النسبى للفرد على صحته؛ فإنه من المفيد إلقاء نظرة مختصرة على الطريقة التى رُبطت بها بُنى اجتماعية أوسع بالفوارق الأقل فى الدخل والصحة الأفضل. وسنبحث خمسة أمثلة.

#### بريطانيا أثناء الحرب:

حدثت أكثر التحسنات سرعة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى بريطانيا خلال القرن العشرين فى فترة ما بين الحربين العالميتين (ونتر 1918-1919). والزيادة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة للمدنيين أثناء كل عقد من القرن مبينة فى الجدول (٦ - ١). وفى العقود التى تضمنت الحربين العالميتين ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة بمقدار ست إلى سبع سنوات لكل من الرجال والنساء. وهذا يزيد زيادة كبيرة على ضعف المعدل المتوسط للزيادة أثناء بقية القرن.

**الجدول (٦-١): زيادات متوسط العمر المتوقع عند الولادة في إنجلترا وويلز في كل عقد ما بين ١٩٠١-١٩٩١ (السنوات المضافة إلى الأعمار المتوقعة عند الولادة)**

١٩٠١-١٩١١	١٩١١-١٩٢١	١٩٢١-١٩٣١	١٩٣١-١٩٤١	١٩٤١-١٩٥١	١٩٥١-١٩٦١	١٩٦١-١٩٧١	١٩٧١-١٩٨١	١٩٨١-١٩٩١
٤,١	٦,٦	٢,٣	١,٢	٦,٥	٢,٤	٠,٩	٢,٠	٢,٤
الرجال								
٤,٠	٦,٦	٢,٤	١,٥	٧,٠	٣,٢	١,٢	١,٨	٢,٠
النساء								

المصدر: س. ه. بريستون S. H. Preston ون. كيفيتز N. Keyfitz ور. سكوين R. Schoen. **مسيبات الموت، جداول أعمار السكان في الدولة**. دار أكاديميك Academic Press، نيويورك ١٩٧٢؛ مكتب تعداد ومسوح السكان، الاتجاهات السكانية، مكتب قرطاسية صاحبة الجلالة، لندن ١٩٩٥.

وقد كانت كلتا الحربين فترتين شهدتا تحويلاً ضخماً للإنتاج من الاستهلاك المدني إلى المجهود الحربي. وقد توقفت مستويات المعيشة عن الارتفاع وتدهورت مستويات الإسكان، وبصورة خاصة نتيجة القصف أثناء الحرب العالمية الثانية. كذلك حوّلت الخدمات الطبية من الاستخدام المدني على مستوى واسع لتلبية احتياجات الجرحى من الجنود. ورغم أن التقشف في الطعام حسن نوعية النظام الغذائي للشعب خلال الحرب العالمية الثانية وكثيراً ما يعزى إليه الفضل في التحسنات الصحية؛ فإن هذا النوع من التفسير يتجاهل حقيقة أنه لا ينطبق على الحرب العالمية الأولى. ولكن كلتا الحربين شهدتا انعداماً تاماً للبطالة وتقليصاً كبيراً للفوارق في الدخل. ويصف ونتر محاولة ضمان أدنى حد من المستويات الأساسية للجميع، وهي التي أدت كما يقول إلى رفع مستوى المعايير الصحية، مع حدوث أسرع التحسنات في أفقر المناطق (ونتر ١٩٨٥، ١٩٨٨). ولم تختف البطالة عملياً فحسب، بل إن الفوارق في الأجور بين العاملين تضاعفت إلى حد كبير جداً. "إن الذي تغير [في الحرب العالمية الأولى] هو تعزيز وضع معظم درجات العمل اليدوي في السوق بالإضافة إلى تقوية حق العمال القانوني والمعنوي بالحصول على أجور تكفي للمعيشة لقاء عملهم"

(ونتر ١٩٨٥، ص ٢٤٤). ويقول ونتر "إن الفقر الأساسى الذى يعانىة فقراء المدن والريف كان ضحية غير متوقعة من ضحايا الحرب" (ص ٢٤٥). كما أنه يعلق على ما نجم عن ذلك من "انخفاض فى الاتهامات والإدانات بالسرقة وغيرها من الجرائم بالإضافة إلى انخفاض فى التشرد وفى اللجوء إلى الإعانة التى ينص عليها قانون الفقراء" (ص ٢٤٥).

وفى حين أن هبوط فوارق الدخل أثناء الحرب العالمية الثانية كان بصورة جزئية استجابة من سوق العمل للنقص فى اليد العاملة، فقد جرى أيضاً السعى إليه كسياسة متعمدة. وكما قال تيتيموس Titmus فى مقالته "الحرب والسياسة الاجتماعية": "إذا كان هناك اعتقاد بأن تعاون الجماهير أساسى [بالنسبة للمجهود الحربى]، فيجب التقليل من عدم المساواة ويجب خفض ارتفاع هرم التقسيم الاجتماعى إلى طبقات" (تيتيموس ١٩٥٨، ص ٨٦). وكان تقرير بفريدج The Beveridge Report الذى صدر التكليف بوضعه فى حزيران (يونيو) ١٩٤١ وتقديمه بعد أقل من (١٨) شهراً فى تشرين الثانى (نوفمبر) ١٩٤٢م جزءاً من تلك المحاولة. وكانت خطته لتوسعة دولة الرفاهية توسعة ضخمة جزءاً من هدف رفع المعنويات الساعى إلى تكوين "أمة تناسب الأبطال". وبأخذ العبء الثقيل الذى فرضته الحرب على الإنفاق الحكومى فى الاعتبار، لا يمكن أن يوجد أى سبب آخر لاختيار عام ١٩٤١م ليكون وقت النظر فى خطط للتوسع الكبير فى نفقات الرفاهية.

ولم تنطوِ حماية السكان من قسوة النقص فى المؤن الذى أحدثته السوق على مجرد تحديد حصص من الطعام ومن سلع كثيرة أخرى تشمل الملابس والأثاث والبنزين والفحم، بل أيضاً على نظام من ضوابط الأسعار ودعمها.

وبالإضافة إلى اختفاء البطالة أثناء الحرب العالمية الثانية، كان هناك أيضاً تقليص كبير للفوارق فى الدخل. وتوحى الحسابات أنه فى حين ازدادت الدخول الحقيقية بعد خصم الضرائب بمعدل يزيد على (٩) بالمائة بين الذين عرّفهم سيرز Seers بأنهم طبقة عاملة فقد انخفضت بين الطبقة المتوسطة بمعدل أكثر من (٧) بالمائة (ملورد Milward ١٩٨٤، ص ٤١). وتوحى المقارنات بين مسوحات سيبوم راونترى Seebom Rowntree للفقر فى يورك فى

عام ١٩٣٦م ومسوحات راونترى وليفر Laver فى عام ١٩٥٠م أن مستويات الفقر النسبى هبطت إلى النصف بين هذين التاريخين (تاونسند ١٩٧٩).

وتوصف الحياة بين الحربين دائماً بعبارات توحى بروح الأخوة، ويتضامن الناس معاً وبحس من التماسك الاجتماعى. وهذا الشعور بالاتحاد له ثلاثة مصادر، هى: الأول انتشار شعور نفسى بالاتحاد فى وجه العدو المشترك. والثانى هو أحوال السوق التى خفضت البطالة وفوارق الدخل والتقسيمات الاجتماعية التى ترافقها. والثالث هو سياسة متعمدة موضوعة لتنمية شعور بالوحدة الاجتماعية والتعاون فى المجهود الحربى. ومن المستحيل معرفة مقدار مساهمة كل من هذه العوامل المختلفة. ولا شك فى أن ما يثير الاهتمام هو النمو المستمر المشابه لنمو الكرة الثلجية حيث دعم كل من تلك العوامل العاملين الآخرين؛ فالرغبة فى تحمل تكاليف الحرب بصورة عادلة تلائم جيداً مع الحاجة لتأمين الدخل الحكومى بفرض الضرائب على الأشخاص الذين لديهم القدرة على الدفع، وكانت النتيجة الحتمية هى تقليل فوارق الدخل بعد حسم الضرائب. وقد أزال انخفاض البطالة مصدراً من مصادر الانقسام والمرارة الاجتماعيين فى الوقت نفسه الذى أعطى الناس فيه دوراً فى مهمة مشتركة. وعلى الرغم من أن هذه الانخفاضات الخارجية المنشأ فى المسببات الاقتصادية للانقسام الاجتماعى قد تؤدي فى كثير من الأحيان إلى شعور أكبر بالتماسك الاجتماعى، فخلال الحرب كانت هناك أيضاً عوامل اجتماعية وسياسية خارجية المنشأ تزيد من الشعور بالاتحاد يمكن أن تكون عادت لتغذى استعداداً أكبر لخفض الانقسامات الاقتصادية.

ومن المحتمل أن جزءاً على الأقل من التسلسل العادى للسببية الذى يسير من الانقسامات الاقتصادية إلى الانقسامات الاجتماعية قد انعكس أثناء الحرب. ومن المؤكد أنه عند انتهاء الحرب سادت رغبة فى إيجاد مجتمع يولى أعضائه رعاية أكبر. وبالإضافة إلى تعمد وضع سياسة لذلك، فإن التجربة الفعلية لتقليص التمييزات وللهدف المشترك بين السكان غدت تلك الرغبة أيضاً. ولا شك أن ذلك أسهم فى انتصار حزب العمل فى الانتخابات العامة عام ١٩٤٥م. ومن الباب نفسه، من الطريف التفكير فى احتمال أن يكون التزايد فى فوارق الدخل وفى

الانقسامات الاجتماعية في ظل حكومة ثاتشر Thatcher والشعور المتزايد بعدم الأمان المرافق لضعف الخدمات العامة شجعاً فعلياً التراجع نحو النزعة الفردية والمحافظة التي أدت إلى سلسلة انتصارات المحافظين في الانتخابات في الثمانينيات والتسعينيات من القرن العشرين.

ويوضح مثال بريطانيا في زمن الحرب احتمال أن يعمل توزع الدخل كوكيل يمثل عدداً من الجوانب الهامة للمجتمع المرتبطة بالتماسك الاجتماعي. وفي حين أن توزع الدخل يرتبط بالصحة بصورة أوثق من أن تسمح بالاعتقاد بأنها مجرد مؤشر بعيد لمحددات للصحة أخرى "حقيقية" فمن المهم رؤية فوارق الدخل على أنها أسيرة أنماط أوسع من الإيديولوجيا ومن العلاقات الاجتماعية والاقتصادية التي في الوقت نفسه تحددها وتتحدد بها. كما أن تدهور المستويات المادية المطلقة لدى الكثير من السكان تحدد أيضاً بدقة الحاجة إلى رؤية التحسن الكبير في متوسط العمر المتوقع عند الولادة للمدنيين على أنه على علاقة وثيقة بقدر أكبر من المساواة.

### روزيتو، بنسلفانيا:

حازت روزيتو Roseto الواقعة في شرق بنسلفانيا Pennsylvania على الاهتمام بصفتها بلدة صغيرة سكانها (١٦٠٠) نسمة وذلك بسبب انخفاض معدلات الوفيات فيها - وخاصة من النوبات القلبية (برن Bruhn وولف Wolf ١٩٧٩). فقد بين الباحثون أن معدلات الوفيات كانت أقل بكثير مما هي عليه في البلدات المجاورة منذ منتصف الثلاثينيات من القرن العشرين. ولم تعط عوامل الخطر المعتادة مثل النظام الغذائي والتدخين والتمارين الرياضية تفسيراً لحقيقة أن معدلات الوفيات من مرض القلب في روزيتو كانت في البدء أقل بمقدار ٤٠ بالمائة (ولف وبرن ١٩٩٣).

كان السكان مؤلفين إلى حد كبير من أمريكيين إيطاليين ينحدرون من مهاجرين أتوا أثناء الهجرة الجماعية في الثمانينيات من القرن التاسع عشر من بلدة روزيتو الإيطالية الواقعة على الجانب الشرقي من جنوب إيطاليا. وبعد أن أخفق الباحثون في تفسير الفوارق الصحية على أساس عوامل الخطر المعروفة استرعى انتباههم مدى ازدياد قوة الرابطة

الاجتماعية في روزيتو بينسلفانيا عما هي عليه في البلدات المجاورة. فقد قيل إن البلدة تتصف "بروابط عائلية وثيقة وعلاقات اجتماعية متماسكة" (إيجولف وآخرون. Egolf et al. ١٩٩٢، ص ١٠٨٩). وهناك عدة مؤشرات إلى أن ازدياد التماسك الاجتماعي في روزيتو رافقته روح المساواة. ويعلق برن ووولف قائلين:

أكد رجل الدين المحلي أنه حين يتجاوز الانشغال بكسب المال الحد غير المرسوم يصبح أساساً للرفض الاجتماعي، بغض النظر عن مكانة الشخص ... وخلال سنوات دراستنا الخمس [أى من ١٩٦٦م] كان من الصعب التمييز على أساس اللباس أو السلوك بين الأثرياء والمعدمين في روزيتو. فترتيبات المعيشة - المنازل والسيارات - بسيطة ومتشابهة بشكل يلفت النظر. ورغم ثراء الكثيرين لا توجد في البلدة نظرة "السعي إلى محاكاة الجيران". (برن ووولف ١٩٧٩، ص ٨٠ و ٨١-٨٢)

وحول الموضوع نفسه كتب برن ووولف:

من البداية منعت روح الهدف المشترك والصحة الحميمة بين الإيطاليين التفاخر وإحراج الأقل ثراء، وضمنت رعاية الجار للجار ألا يُهَجَرَ أى شخص أبداً. ويرتبط هذا النمط من التماسك الاجتماعي اللافت للنظر - والذي توفر العائلة فيه، باعتبارها محور الحياة ومتراسها، نوعاً من الأمان والضمان ضد أية مصيبة - مع الغياب المدهش للاحتشاء العضلى القلبي والموت المفاجئ.

(المصدر نفسه، ص ١٣٦)

ويؤكد الباحثان النقطة نفسها بصورة متكررة: "خلال جميع سنوات دراسة هذا المجتمع دلت المؤشرات على أن قوة الدعم الشخصى المتبادل غير المشروط والتماسك العائلى والاجتماعى عملا على إعطاء تأثير معاكس للضغط النفسى للحياة، وبالتالي كانا وقاية ضد الاحتشاء العضلى القلبي القاتل".

(المصدر نفسه، ص ١١٨)

ومع بدء الروابط الاجتماعية في الضعف في الستينيات من القرن العشرين وبدء الشباب في الانتقال إلى أماكن أخرى تنبأ الباحثان تنبؤاً صحيحاً بأن روزيتو ستفقد تميزها الصحي. وقد كتباً تعليقاً على عملية التغيير:

كان التخلي التدريجي عن العادات القديمة في روزيتو . . . ظاهراً في نشوء الاهتمامات بالقيم المادية التي رافقت ازدياد التعليم وتنامي الثراء. فخلال العقد ١٩٦٦-١٩٧٥م (حين اختفى التميز الصحي) ظهرت سيارات من طراز كاديلاك وأنواع أخرى باهظة الثمن في شوارع روزيتو. . . . وقد عكس افتتاحهم برموز علو المنزل - الملابس الغالية والسيارات الكبيرة الحجم والبيوت الجديدة المتقنة البناء والمؤنثة حسب مشورة مصممي الديكورات الداخلية - بداية انهيار المستويات المتساوية السابقة بين سكان البلدة. (المصدر نفسه، ص ١١١ و ١١٦-١١٧)

وكان المجتمع يتمتع بتميز صحي كبير بدا أنه لا يمكن تفسيره إلا على أساس خصائصه الاجتماعية. وكان المتنبأ به أنه مع فقدانه لتلك الخصائص سيفقد تميزه الصحي، ويبدو أن هذا ما حدث بالفعل. ويخلص الباحثان إلى القول:

توحى البيانات التي أخذت على فترة امتدت عشرين عاماً في مجتمع روزيتو الأمريكي الإيطالي لدى مقارنتها ببيانات المجتمعات المجاورة إحياء قوياً بأن الخصال الثقافية - خصائص التنظيم الاجتماعي - تؤثر بشكل من الأشكال في إمكانية التعرض الشخصي للاحتشاء العضلي القلبي والموت المفاجئ. والمعنى المتضمن في هذا هو أن البيئة الاجتماعية المتعاطفة توفر حماية للفرد، في حين أن غياب التعاطف العائلي والاجتماعي والافتقار إلى دور في المجتمع محدد بوضوح هما بالمقارنة عاملاً خطراً.

(المصدر نفسه، ص ١٣٤)

ومع أن الاستيطان البدئي للمهاجرين الفقراء يعني وجود أساس مادي للتماسك الاجتماعي في روزيتو منذ البداية تماماً، فمن الواضح أن هذا مثال حفوظ فيه على روح المساواة اجتماعياً - على الأقل لفترة من الزمن. ولكن يتكون الانطباع لدى المرء أن الأمور المادية



والاجتماعية لا يمكن أن تنفصل وتتسع بينها الهوة إلى حد كبير. فالمحافظة على التماسك الاجتماعى تطلب التقليل إلى أدنى حد من مظاهر الفوارق المادية فى الملبس والحديث والأسلوب (ص ١١٠). وحين حدث الانهيار انسحب التماسك الاجتماعى ليحل محله الاستعراض المتفاخر.

## أقاليم إيطاليا:

وبالصدفة يأتى مثال ثالث على الطريقة التى تعمل النظم الاجتماعية بها، وهو مثال يمكن أن يلقي الضوء على العلاقة بين توزيع الدخل والصحة، من دراسة مقارنة لأقاليم إيطاليا نفسها.

فى عام ١٩٧٠م تشكلت حكومات إقليمية جديدة فى أقاليم إيطاليا العشرين. وعلى مدار العقدين التاليين قام بوتنام Putnam وليوناردى Leonardi ونانيتى Nanetti بدراسة مدى فعالية عمل تلك الحكومات وحاولوا تفسير الاختلافات التى عثروا عليها. والموجز التالى مأخوذ بأكمله تقريباً من كتابهم: **تفعيل الديمقراطية: التقاليد المدنية فى إيطاليا الحديثة.**

كان مقياس بوتنام لدى نجاح الحكومات الإقليمية الجديدة فى عملها مؤشراً مبنياً على اثنى عشر عاملاً مختلفاً تشمل فعالية الحكومة فى توفير سلسلة واسعة من الخدمات (السكن والحضانة النهارية والعيادات الصحية العائلية... إلخ)، واستجابتها للاستفسارات البريدية والهاتفية، وجودة سجلاتها التشريعية، وسرعتها فى الموافقة على الميزانيات السنوية. وقد أظهرت النتائج فوارق كبيرة فى فعالية الحكومات مع اتجاه عام نحو أداء أفضل فى الأقاليم الأقرب إلى الشمال من الأقاليم الجنوبية. حيث إن تمويل جميع الحكومات كان على مستوى الدخل نفسه لكل نسمة من السكان؛ فقد سعى بوتنام إلى تفسير الفوارق على أساس خصائص الأقاليم نفسها.

كانت ملاحظته الأولى هى أنه على الرغم من إمكانية تقسيم الأقاليم إلى مجموعة أكثر ثراء ومجموعة أكثر فقراً وأن الأداء فى الأولى كان أفضل منه فى الثانية؛ فإنه لم يكن

هناك صلة داخل أى من المجموعتين بين الأداء ومستويات الدخل. والتفسير الذى تطور فى نهاية الأمر من التحليل الإحصائى هو أن عمل الحكومة المحلية يكون فى أفضل صوره فى الأقاليم التى يكون "المجتمع المدنى" فيها قوياً. ومفهوم المجتمع المدنى هو عكس "العصبية العائلية المهمة بالمصلحة الذاتية (أو أحياناً "غير الأخلاقية")"، وهذه مصطلحات استقاها بوتنام من بانفيلد Banfield (١٩٥٨). وقد قاس المجتمعات على سلم فى إحدى نهايتيه كان الاشتراك فى الأمور العامة قليلاً أو منعزلاً ما عدا متابعة المصالح الذاتية للفرد أو لعائلته. وفى تلك المناطق، التى كان المجتمع المدنى فيها فى أضعف حالاته، طغى على العلاقات الاجتماعية الطابع الهرمى وقامت على أساس التفضل. وفى حالات كثيرة لم يتم تنفيذ مشروعات عامة كانت ستعود بخير كثير بسبب الافتقار إلى روح المسؤولية المدنية وبسبب الشك الحقوق فى دوافع أى شخص له علاقة بالمشروع.

وفى النهاية الأخرى من سلم قياس بوتنام كانت المناطق ذات المجتمعات المدنية العالية التطور، والتى تتمتع بمستوى عالٍ من الوعى والمشاركة فى الشؤون العامة، والتى تكون روح الجماعة السائدة فيها أكثر مساواة وديمقراطية بكثير. ولقياس مشاركة الناس فى الحياة العامة، وضع بوتنام مؤشراً لقوة المجتمع المدنى مبنياً على أشياء من نوع نسبة السكان الذين يصوتون فى الاستفتاءات، وقراءة الصحف، ونسبة عدد رابطات النشاطات التطوعية والثقافية والرياضية لعدد الأفراد. وكان معامل الارتباط بين هذا المؤشر ومقياسه لأداء الحكومات (٠,٩٢) مما يوحي أن نسبة تزيد تماماً على ثلاثة أرباع الفوارق فى الأداء يمكن تفسيرها بالفوارق فى قوة المجتمع.

وبعد النظر فى معاملات الارتباط بين سلسلة من الخصائص الاجتماعية الأخرى لخص بوتنام التباين بين الأقاليم ذات المستويات العالية والمتدنية من المجتمع المدنى:

يوجد فى بعض أقاليم شمال إيطاليا كثير من جمعيات الغناء الجماعى (جمعيات الجوقات) وفرق كرة القدم ونوادر مراقبة الطيور ونوادر الروتارى rotary clubs. ومعظم المواطنين فى هذه الأقاليم يتابعون شئون المجتمع بشغف فى الصحف اليومية. وتثير القضايا

العامة اهتمامهم. . . . ويثق الناس بعضهم ببعض بأنهم سيتصرفون بصورة عادلة ويلتزمون بالقانون. والقادة في هذه الأقاليم مستقيمون نسبياً. وهم يؤمنون بالحكومة الشعبية ولديهم الاستعداد للتوصل إلى حلول وسط مع خصومهم السياسيين. ويعتبر كل من المواطنين والقادة في هذه الأقاليم المساواة ملائمة لمجتمعاتهم. وتنظيم الشبكات الاجتماعية والسياسية أفقى، وليس هرمياً. ويعطى المجتمع قيمة كبيرة للتضامن والمشاركة المدنية والتعاون والاستقامة. والحكومة تعمل. وليس من المستغرب أن يشعر سكان هذه الأقاليم بالقناعة!

وفي القطب الآخر توجد الأقاليم "اللامدنية"، والتي يحسن وصفها المصطلح الفرنسي *incivisme*. والحياة العامة في هذه الأقاليم منظمة بشكل هرمى وليس أفقياً. ومفهوم "المواطن" بحد ذاته مقرّم في هذه الأقاليم. والشئون العامة من وجهة نظر القاطن الفرد هي شأن أشخاص آخرين - *i notabili*، "الرؤساء"، "السياسيين" - ولكن ليست من شأنه هو. ولا يطمح سوى القلة من الأشخاص للمشاركة فى المناقشات حول المصلحة العامة، ولا تتوافر فرص كثيرة لمثل تلك المشاركة. وما يحرض المشاركة السياسية هو التبعية الشخصية والطمع المستتر، وليس الهدف العام. والاشتراك فى رابطات اجتماعية وثقافية ضئيل. وتحل التقوى الشخصية محل الهدف العام. وعلى نطاق واسع ينظر الناس حتى السياسيون أنفسهم إلى الفساد على أنه الشيء الطبيعى، وهم يسخرون من المبادئ الديمقراطية. وليس لعبارة "الحل الوسط" من معانٍ إضافية إلا المعانى السلبية. وقد وضعت القوانين (وهذا شيء يتفق عليه الجميع تقريباً) كى تخرق، ولكن خوفاً من خرق الآخرين للقوانين، يطالب الناس بانضباط أشد. ويشعر الجميع تقريباً وهم أسرى هذه الحلقات المفرغة المتشابكة أنهم بلا حول ولا قوة وأنهم مستغلّون وتغساء. وإذا ما أخذنا كل شيء فى الحسبان لا تثير حقيقة أن الحكومة التى تمثل الشعب هنا أقل فعالية منها فى المجتمعات الأكثر مدنية دهشة كبيرة.

(بوتنام وآخرون ١٩٩٣، ص ١١٥)

ورغم أن خصائص المجتمعات المدنية ستختلف من مجتمع لآخر؛ فإن أدلة بوتنام تبين أن قوة حياة المجتمع هى متغير هام. ورغم أن بوتنام لم يكن مهتماً بالصحة أو بتوزيع الدخل؛ فإن لعمله علاقة بهما؛ لأن المجتمع المدنى متعلق فى الواقع بكلا الأمرين. وهو يذكر فى أحد الهوامش أن معامل الارتباط بين مؤشر المجتمع المدنى الذى وضعه وتوزع للدخل أقل اتساعاً هو (٠,٨١) ( $p > ٠,٠٠١$ )، مما يبين وجود علاقة وثيقة وذات دلالة إحصائية بينهما. ويذكر أيضاً وجود ارتباط بين المجتمع المدنى الأقوى ومعدلات الوفيات الأكثر انخفاضاً بين الأطفال الرضع. وبالإضافة إلى ذلك، وجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين مقاييسه للمجتمع المدنى ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث، ولكن ليس للذكور. والسبب فى أن متوسط العمر المتوقع للذكور والإناث يتبع نمطين مختلفين من التنوع فى الأقاليم الإيطالية ليس واضحاً، ولكن هذا الاختلاف قد يمثل تأثير عوامل أخرى على الأمراض الوبائية القلبية لدى الذكور.

ويظهر هذا المثال مرة أخرى أن توزع الدخل قد يتعلق بأمور أكثر بكثير من المبالغ النقدية المختلفة الموجودة فى جيوب الناس. وكما هو الحال فى حالات الاقتصاد الذى تخططه الدولة (انظر مناقشة ذلك أدناه) وفى بريطانيا أثناء الحربين، تظهر الأقاليم الإيطالية أن الموضوع يتناول أموراً أوسع بكثير ذات علاقة بالنسيج الاجتماعى للمجتمع. ومن الطريف ملاحظة أنه على الرغم من أن المهاجرين الإيطاليين الذين أقاموا روزيتو الجديدة أتوا من منطقة تتصف بـ "العصبية العائلية اللاأخلاقية" فقد انتهى بهم الأمر إلى تأسيس مجتمع وثيق الروابط.

## أوروبا الشرقية خلال السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين

(بعض أجزاء هذا المقطع أعيد طبعها من ولكنسون ١٩٩٦).

وتوفر لنا دول أوروبا الشرقية السابقة ودول العالم الثالث ذات التخطيط المركزى أو رأس مال الدولة حلبة أخرى تبين بعض الإمكانات المختلفة لبعض الشئ لهذه العلاقات البنيوية. فمنذ أوائل السبعينيات من القرن العشرين - أى قبل ثورات عام ١٩٨٩م بفترة طويلة -

أخفق متوسط العمر المتوقع عند الولادة في أوروبا الشرقية والاتحاد السوفييتي في التحسن وتخلف عن مستويات أوروبا الغربية مع تزايد مستمر للمسافة بينه وبينها. ولكن حتى أوائل السبعينيات كانت الصحة في تلك الدول مشابهة لما هي عليه في أوروبا الغربية. بل إن دولاً مثل ألمانيا الشرقية وبلغاريا ورومانيا كانت في وضع جيد بصورة خاصة إلى حد أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة؛ كان أفضل في ألمانيا الشرقية من الغربية. وقد حققت أوروبا الشرقية مستويات عالية من الصحة رغم مستويات المعيشة الأكثر تدنياً بكثير والتي تربط عادة بالصحة الأقل جودة.

ولا يمكن أن يوجد شك كبير في أن مستويات الصحة في أوروبا الشرقية حتى أوائل السبعينيات توفر إيضاحاً للنمط الأوسع الذي بموجبه تتمتع الدول الأكثر مساواة على جميع مستويات التطور بصحة أفضل جداً من الدول الأخرى ذات المستويات المماثلة من إجمالي الإنتاج القومي للفرد. وقد قام أمارتيا سن Amartya Sen الذي كتب دراسته عام ١٩٨١م بفحص التحسنات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين مائة دولة من الدول المتقدمة والأقل تقدماً بين عامي ١٩٦٠م و١٩٧٧م (سن ١٩٨١). ولأنه من الأسهل إضافة المزيد من السنوات إلى متوسط العمر المتوقع حين يكون منخفضاً في الأساس مما يكون عليه الحال في الدول التي يكون فيها ذلك المتوسط عالياً أصلاً، فقد قاس سن التحسن باستعمال انخفاض النسبة المئوية في المقدار الذي نقص به متوسط العمر المتوقع عند الولادة عن (٨٠) عاماً. وبين عامي ١٩٦٠م و١٩٧٧م وجد أنه من أصل عشر دول شيوعية مدرجة في قائمته التي تضم مائة دولة وردت تسع منها ضمن الربع الأعلى من الانخفاض في النسبة الذي حققته تلك الدول في نقص متوسط العمر المتوقع عند الولادة عن (٨٠) عاماً. والتسع هي ألبانيا وبلغاريا ورومانيا ويوجوسلافيا من أوروبا الشرقية، بالإضافة إلى فيتنام والصين وكوريا الشمالية ومنغوليا وكوبا. وقد أخفقت هنغاريا وحدها (وربما إلى حد كبير بسبب ثورتها عام ١٩٥٦م والتطهيرات التي تلت) في تحقيق تقدم سريع مماثل. وكما يعلق سن، "من الطبيعي أن تخطر (لأي شخص ينظر إلى جدول نتائجه) فكرة أن الشيوعية جيدة للتخلص من الفقر."

ومن الدول الأخرى التى وردت ضمن أعلى (٢٥) بالمائة السلفادور وماليزيا وتايوان وكوستاريكا وهونج كونج واليونان. والصلة الواضحة بين بعض هذه الدول والدول الشيوعية هى نجاحها فى تخفيض الفقر النسبى. وقد حقق البعض ذلك بصورة رئيسية عن طريق تضيق فوارق الدخل، وحققه البعض الآخر بالمشاركة الفعالة للمجتمع بأسره فى مزايا النمو الاقتصادى السريع.

وبين الدول الأقل تقدماً، وبصورة مؤكدة فى أوروبا الوسطى والشرقية حتى أوائل السبعينيات من القرن العشرين، يبدو أن الشيوعية عادت بالخير على الصحة. ولم تكن إنجازات أوروبا الشرقية مجرد مسألة إكساب المناعة للأطفال والعناية بالأطفال الرضع. فحتى فى سن الخامسة عشرة كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى الدول الأوروبية الشرقية عالياً بالمقارنة مع دول فيها مستويات إجمالى الإنتاج القومى للفرد منخفضة بصورة مساوية. ولنفترض مؤقتاً أن "الشيوعية" كانت تبدو مفيدة للصحة عن طريق عملية تتعلق بفوارق فى الدخل أقل اتساعاً ومستويات أدنى من الفقر النسبى، فالسؤال الذى يطرح نفسه هو ما الخطأ الذى حدث؟ لم توقفت التحسنات فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى أوروبا الشرقية فى أوائل السبعينيات؟

هناك عدة معالم هامة فى إخفاق مستويات الصحة فى تحقيق المزيد من الارتقاء. أولاً هناك تماس بين نمط ذلك الإخفاق والحدود السياسية التى تفصل بين أوروبا الشرقية والغربية. ففى ما يتعلق بمعدلات وفيات الرجال البالغين سن العمل، على الرغم من وجود تداخل كبير بين أوروبا الشرقية والغربية فى عام ١٩٧٠م، لم تكن فى أية دولة أوروبية شرقية بحلول عام ١٩٩٠م معدلات وفيات أدنى ولو من دولة مفردة فى أوروبا الغربية (واتسون ١٩٩٥). وكما لو أن يوغوسلافيا تود تأكيد موقعها السياسى المتوسط، فقد جاءت معدلات الوفيات فيها فى المنتصف تماماً بين الكتلتين. وبينما استمرت دول أوروبا الغربية فى التمتع بتحسّنات كبيرة فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة؛ كانت الزيادات قليلة أو منعدمة فى جميع الدول تقريباً التى كانت ضمن دائرة النفوذ السوفييتية السابقة. ومن الطريف أن

ألبانيا - التي تحالفت مع الصين وليس مع الاتحاد السوفييتي - كانت الدولة الوحيدة في أوروبا الشرقية التي استمر متوسط العمر المتوقع عند الولادة فيها في تحقيق تحسنات كبيرة. ويبين هذا مدى قوة الصلة بين الصحة والبيئة السياسية. ومن المؤكد أنه إذا نظر المرء إلى اتجاهات العمر المتوقع عند الولادة في أوروبا الشرقية يتكون لديه انطباع قوى أنه لو عرفنا السبب في إخفاق الصحة في التحسن بعد السنوات الأولى من السبعينيات فإننا سنعرف أيضاً الأسباب الكامنة وراء ثورات عام ١٩٨٩م؛ فقد حدث انحراف ما في تلك المجتمعات في أوائل السبعينيات ومن المحتمل أن الصحة هي أوضح مؤشرات.

ويمكن استبعاد عدة أسباب. ويذكر هرتزمان Hertzman في تقريره المقدم إلى البنك الدولي أنه لا يمكن تعليل الأداء الصحي الضعيف في أوروبا الشرقية على أساس أي تدهور في مستويات الرعاية الطبية أو عوامل مثل تلوث الهواء (هرتزمان ١٩٩٥). فعلى الرغم من أن تلوث الهواء شديد في بعض المناطق الصناعية، لا يكفي عدد السكان الذين يتعرضون له لإحداث آثار تؤخذ بعين الاعتبار على معدلات الوفيات القومية. وأحد المؤشرات الطريفة على الطابع الاجتماعي (السوسيولوجي) للسبب الذي نبحث عنه هو ملاحظة واتسون للفرق المدهش في اتجاهات الوفيات بين غير المتزوجين والمتزوجين (واتسون ١٩٩٥). فهي تبين أنه في حين لم توجد سوى تغيرات طفيفة في معدلات الوفيات بين الرجال والنساء المتزوجين أثناء الفترة ١٩٧٠-١٩٨٨م في بولندا، فقد حدثت زيادات جوهرية جداً بين المطلقين من الرجال والنساء. وتم اكتشاف نمط مماثل في هنغاريا أيضاً. ففي السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين كانت الزيادات في الوفيات السابقة لأوانها في بولندا في أعلى نسبها بين الرجال المطلقين، ولكنها كانت عالية أيضاً بين الأرامل والعزاب الذين لم يتزوجوا بتاتاً. وكان الرجال المتزوجون محميين نسبياً. وبين النساء كانت أكبر الزيادات في معدلات الوفيات بين الأرامل (هادجو وآخرون Hadju et al. ١٩٩٥).

وتأثير استمرار التحسنات في معدلات وفيات الأطفال الرضع على متوسط العمر المتوقع عند الولادة أبطلته زيادات في معدلات وفيات الكبار، وخاصة بين الرجال. ورغم أن معدلات

الوفيات لم ترتفع بشكل ملموس بين المتزوجين، فقد كان يمكن أن نتوقع انخفاضها بين جميع شرائح السكان. ولا تكمن أهمية الانقسام إلى متزوجين وغير متزوجين فى كون المتزوجين لم يتأثروا بالأسباب التى نبحث عنها، بل فى مجرد أن تلك الأسباب آثاراً مختلفة حسب الوضع العائلى؛ فهذا لا ينفى المؤثرات البيئية العامة مثل تلوث الهواء التى يتعرض لها جميع السكان فحسب، بل أيضاً مؤثرات كثيرة اقتصادية تشمل المجتمع كله، مثل التغيرات فى مستويات المعيشة. (فى الواقع استمر النمو الاقتصادى فى غالبية دول أوروبا الشرقية خلال معظم السبعينيات والثمانينيات.)

ومن المحتمل أن الوصف الذى ورد فى خطاب جورباتشيف Gorbachev فى اللجنة المركزية للحزب الشيوعى السوفييتى فى ٢٧ كانون الثانى (يناير) ١٩٨٧م هو واحد من أوضح محاولات وصف ما حدث من خطأ فى تلك المجتمعات. ففى نداء غير عادى إلى الحزب ليجدد التزامه الاجتماعى والأخلاقي، تكلم جورباتشيف عن "فقدان الزخم" و"الركود" و"تراكم المشكلات غير المحلولة" التى أثرت بصورة خطيرة على الاقتصاد والمجالات الاجتماعية والروحية. وألقى اللوم على الحزب قائلاً:

لقد اختفت المناظرات المفعة بالحياة والأفكار الإبداعية . . . فى حين أصبحت التقييمات والآراء المتسلطة حقائق لا تقبل الشك . . . وميعت أهداف الاقتصاد الاجتماعية فى خطط السنوات الخمس الماضية وتشكل صمم تجاه القضايا الاجتماعية . . . وكان لعناصر التآكل الاجتماعى التى ظهرت فى السنوات القليلة الماضية تأثير سلبي على معنويات المجتمع، وبطريقة ما بدون ملاحظة أحد أخذت تقلص القيم الأخلاقية السامية التى كان شعبنا دائماً يتصف بها . . . وقد تراخى الاهتمام بقضايا المجتمع وظهرت مظاهر تبلد الحس والنزوع إلى الشك . . .

وقد اتسعت طبقة الأشخاص - وبعضهم من الشباب - الذين جعلوا من الرفاهة والكسب الماديين بأية وسيلة هدفهم النهائى فى الحياة. وأخذ هذا الموقف المتشكك يكتسب أشكالاً تزداد شراسة باستمرار، مسممة عقلية الناس من حولهم ومطلقة موجة من النزعة



الاستهلاكية. وأصبح انتشار إساءة استخدام الكحول والمخدرات وتعاطم الجريمة مؤشرات على تدهور العرف الاجتماعي.

أثر الاستخفاف بالقانون وتشويه التقارير وقبول الرشاوى وتشجيع التملق والمداينة تأثيراً ضاراً على الجو الأخلاقي في المجتمع.

وفي كثير من الأحيان استُبدل الاهتمام الحقيقي بالناس وبظروف حياتهم وعملهم وبرفاهتهم الاجتماعية بالمغازلة السياسية، أى توزيع الجوائز والألقاب. وأخذ جو من الانحلال يتشكل، ويتضاعل الاهتمام بالتفاصيل وبالانضباط وبالمسئولية.

وفي حالات كثيرة ارتدت سلبيات خطيرة فى التربية الإيديولوجية والسياسية قناع النشاطات المتباهية والحملات والاحتفالات بأعياد كثيرة. وأخذ التنائى يزداد باستمرار بين عالم الحقائق اليومية والرفاهة المتظاهر بها. وكان لإيديولوجية الركود وعقليته تأثير على حالة الثقافة والأدب والفنون.

(جورباتشيف ١٩٨٧)

وكان حل جورباتشيف هو الانفتاح وإعادة الهيكلة (الغلاسنوست *glasnost* والبريسترويكا *perestroika*). وينسجم اعترافه بمشكلات البيروقراطية والنزعة الشكية والفساد والمخدرات والكحول أثناء سنوات حكم بريجينيف Brezhnev مع الاتجاهات فى معدلات الوفيات من أسباب مختلفة. والأسباب الرئيسية للوفاة التى تظهر تغيراً فى اتجاهها فى أوائل السبعينيات تتلخص بسهولة (ولكنسون ١٩٩٦). فقد بدأ القتل والإيذاء المتعمد يزدادان بسرعة منذ منتصف السبعينيات. وكانت الاضطرابات العقلية وأمراض الجهاز العصبى والأعضاء الحسية أخذة فى الهبوط، لكنها بدأت هى أيضاً بالارتفاع، والشئ نفسه صحيح بالنسبة لأمراض الغدد الصماء وأمراض التغذية والأمراض الاستقلابية والاضطرابات المناعية. وبدأ مرض الكبد المزمن وتشمع الكبد يرتفعان بسرعة أكبر من ذى قبل، فى حين تدنى معدل الانخفاض فى الأمراض السارية والطفيلية بشكل جوهري.

وتحمل هذه الأنماط، وخاصة ارتفاع الوفيات الناجمة عن القتل ومرض الكبد المزمن وتشمع الكبد، شبيهاً يلفت النظر بأنماط الوفيات من أسباب محددة كما سنشاهد في الفصل الثامن بتزايد اتساع توزيع الدخل (ماكايذاك McIsaac ولكنسون ١٩٩٦). وحتى في منتصف الثمانينيات كان توزيع الدخل، كما بين أتكينسون Atkinson، لا يزال على قدر من المساواة أكثر من توزيعه في بريطانيا، لكن الاتجاه في عدة دول (منها الاتحاد السوفياتي ولكن تشيكوسلوفاكيا ليست من بينها) كان نحو قدر أقل من المساواة (أتكنسون وميكلرايت Mickelwright ١٩٩٢، ١٩٩٢ب). ومع ذلك ليس من المحتمل أن يكون ما حدث لتوزيع الدخل هو الدليل إلى الجواب هنا. ففي جميع أنحاء أوروبا الشرقية لم تكن فوارق الدخل دليلاً صادقاً على الفوارق في المركز الاجتماعي بقدر ما هي في المجتمعات القائمة على آليات السوق. وبسبب نقص البضائع الاستهلاكية وضرورة الوقوف في صفوف طويلة عند التسوق، كان هناك أشخاص كثيرون لا يصرفون دخلهم بأكمله. ومن المحتمل أن عضوية الحزب وحق دخول محلات خاصة كانا دليلاً أفضل على المركز الاجتماعي للشخص وعلى ملكيته للبضائع الاستهلاكية الطويلة الأجل من الدخل نفسه. وفي الواقع كان متوسط أجور الأعمال اليدوية في عدة دول في أوروبا الشرقية أفضل من أجور الأعمال غير اليدوية (نك - لينسكي Wnuk-Lipinski وإيلسلي Illsley ١٩٩٠). وقد اقترح بعض علماء الأوبئة أن هذا أثار مشكلات "التناقض في المراكز الاجتماعية" التي بدأت تظهر في الكتابات المتخصصة في علم الأوبئة باعتبار أنها عامل خطر صحي (سايجرست وآخرون Siegrist et al. ١٩٩٠).

لكن من الواضح من خطاب جورباتشيف وجود تدهور هام في النسيج الاجتماعي للمجتمع. ورغم أن سبب التغيرات التي حدثت كان عمليات سياسية خارجية لم يكن من الضروري أن تؤثر في فوارق الدخل، فقد كانت ذات دلالة؛ لأنها على الرغم من اختلاف الأسباب تشترك في بعض ملامح التفسخ الاجتماعي الذي يرافق عادة اتساع الفوارق في الدخل في أماكن أخرى.

لقد أحدث عصر بريجنيف (١٩٦٤-١٩٨٢م) شعوراً عميقاً بخيبة الأمل، وخاصة لدى الأجيال الأكبر سناً التى استعادت المثالية والإيمان بالنظام لديها جزءاً من توقدهما حين أدان خروتشيف Khrushchev جرائم حقبة ستالين Stalin وقسوتها الوحشية. وفى سنوات سابقة كان هناك شىء من التفاؤل حول إمكانيات النظم الاقتصادية ذات التخطيط المركزى. فقد كانت معدلات النمو الاقتصادى فى أحيان كثيرة أفضل مما كانت عليه فى الدول الغربية، وهو ما أشار خروتشيف إليه فى خطابه أمام الأمم المتحدة حين تنبأ بثقة أن الاتحاد السوفييتى "سيدفن" الرأسمالية. وبدا إطلاق أول قمر صناعى فى الفضاء عام ١٩٥٧م رمزاً على تنامى البراعة التقنية الفائقة فى الاتحاد السوفييتى.

ولكن تلك الثقة اختفت بحلول السبعينيات من القرن العشرين. وبدلاً من الاعتقاد بأن الأحزاب الشيوعية فى أوروبا الشرقية تخدم نظاماً اقتصادياً واجتماعياً أفضل؛ تزايدت النظرة إليها على أنها عميلة قمعية لقوة أجنبية تعتمد على الشرطة السرية والمخبرين للمحافظة على قوتها. وبعد سحق "إصلاحات براغ" فى تشيكوسلوفاكيا عام ١٩٦٨م أعلن بريجنيف ما اكتسب بسرعة اسم "مبدأ بريجنيف" قائلاً إن الاتحاد السوفييتى لن يبقى مكتوف اليدين تجاه "التفسخ المناهض للاشتراكية" فى الكتلة السوفيتية. ولا شك أن هذا كان مؤشر بداية نفوذ سوفيتى أقوى فى الحياة السياسية والاقتصادية فى دول أوروبا الشرقية، وهو يفسر جزئياً التشابه فى تطورها السياسى اللاحق. وقد ألغى سحق ثورات متعاقبة إلغاءً علنياً الادعاء الأخلاقى بشرعية حكومات أوروبا الشرقية.

وكان لذلك مع مرور السنوات تأثير مدمر على الحياة العامة؛ فبسبب غياب التعددية وتحكم الأحزاب الشيوعية فى جميع المنظمات؛ ازداد ابتعاد الناس عن النشاط فى المجال العام - بما فى ذلك العمل. ولا شك أن الطابع التشكيكى للطريقة التى أجرى بها التطهير فى تشيكوسلوفاكيا ذلك الذى تلا سحق ربيع براغ كان معناه اقتلاع أية مثالية باقية فى الحزب. "من خلال عملية الفرز الشاملة تخلص الحزب الشيوعى [التشيكى] من معظم أعضائه النشطين المثاليين والمستقلين فى تفكيرهم" (سيمكا Simecka ١٩٨٤، ص ٤٠). وقد عظمت عملية التطهير من شأن "الطاعة والولاء والموثوقية وعدم التميز وحسن السمعة

والحذر والضعف الأخلاقي" (المصدر نفسه، ص ٤١). وقد طالت الآثار الأكالة التي نجمت عن فقدان النظام للشعور بالهدف جميع ميادين الحياة العامة. وحتى قيم الحيوية الشعبية تلطخت بالدعم الضمني للنظام. ولم يعد العمل والمجال العام بأكمله يوفران فرصة لتحقيق الذات والنشاط الاجتماعي الهادف. وبسبب الإحساس العميق بالإحباط وفقدان المعنى؛ أصبحت الأسرة هي مجال الحياة الوحيد الذي بقي فيه احتمال الوصول إلى درجة من تحقيق الذات. وهذا هو السبب في أن معدلات وفيات الأطفال الرضع بقيت نسبياً بلا تأثير واستمرت في الانخفاض خلال السبعينيات والثمانينيات، والسبب في أن معدلات الوفيات كانت أقل تأثراً بين النساء منها بين الرجال، والسبب في أن الاتجاهات العكسية بين كلا الجنسين ظهرت بشكل خاص بين الأشخاص غير المتزوجين الذين لا يعيشون مع أسر. ومن المحتمل أنه بالإضافة إلى أن هذا يعطينا فكرة ما عن أنواع المؤثرات التي يمكن أن تفسر عدم ازدياد متوسط العمر المتوقع عند الولادة في أوروبا الشرقية في الجزء الأعظم من السبعينيات وفي الثمانينيات، فهو أيضاً يشير إلى الأصول المشتركة للاتجاهات الصحية ولثورات عام ١٩٨٩م. ولكن كيف كان الوضع قبل ذلك؟ ما السبب في أنه حتى عام ١٩٧٠م على الأقل نزعت الدول التي سيطرت الأحزاب الشيوعية على الحكم فيها لأن تتمتع بمستويات صحية أعلى إلى حد كبير مما يمكن توقعه إذا أخذ متوسط الإنتاج القومي للفرد فيها بعين الاعتبار؟ وحتى في عام ١٩٩٠م حققت الصين متوسطاً في العمر المتوقع عند الولادة يعادل تقريباً ما كانت عليه الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٧٠م رغم أن متوسط الدخل في الصين حسب قول البنك الدولي لم يكد يبلغ (٢) بالمائة من متوسط الدخل في الولايات المتحدة.

إن مفهوم الرفقة في النظم الاقتصادية الخاضعة لحكم الدولة يشترك في بعض عناصره مع روح الأخوة في بريطانيا في زمن الحرب. لكن هناك تناقض ظاهري في لب هذا المفهوم. ويقول جروس Gross وهو يتحدث عن الاتحاد السوفييتي السابق في ظل حكم ستالين أن قدرة أي شخص على القيام بدور مخبر، أعطت السلطة العشوائية التي تملكها الدولة إلى كل مواطن كي يستخدمها ضد الآخرين. "فقد اشترك الجميع في سلطة إذلال الآخرين

جميعهم وتدميرهم". وقد كانت هذه السلطة هامة جداً بحيث إن "القدرة على تعريض جميع الآخرين لأن يُقبض عليهم كانت عامل المساواة بين المواطنين السوفييت" حسب قول جروس (جروس ١٩٨٢، ص ٣٧٦). وبالإضافة إلى قيام فوجل Vogel في بحث عن الصين بوصف الشعور المتنامي بأنه لم يعد بالإمكان الثقة بالأصدقاء، فإنه يشرح أيضاً نمو "أخلاقية جديدة للرفاق" كشكل للعلاقة بين المواطنين. فبعد أن يصف في بحثه "من الصداقة إلى الرفقة: التغير في العلاقات الشخصية في الصين الشيوعية" العملية السلبية لانهايار الثقة الشخصية بين الناس، يمضى ليصف تطور الرفقة بعبارات أكثر إيجابية (فوجل ١٩٦٥). فمن الواضح أن جوهرها ليس في ولائها للشيوعية فقط، ولكن أيضاً في شموليتها، في كون كل مواطن واحداً من الرفاق. ويقول فوجل إن "جزءاً من الأخلاقية الكامنة وراء مفهوم الرفيق هو وجود طريقة هامة توجد بها علاقة بين كل شخص في المجتمع وكل شخص آخر" (المصدر نفسه، ص ٥٥). ومن العناصر الهامة لفكرة الرفاق في الصين "مساعدة الآخرين" التي كان من الواضح أنها أحياناً تعبير ملطف يقصد به جعل الآخرين يلتزمون بالأنظمة ويقومون بنصيبتهم من العمل، لكنها بالإضافة إلى ذلك تعنى أيضاً استعداداً حقيقياً لإمضاء وقت في مساعدة المحتاجين إلى المساعدة. ويعطى فوجل أمثلة على ذلك:

يجب أن يتلقى الطالب الذى يعانى صعوبة فى دروسه المساعدة ممن يمكن أن يقدمها له. ويجب أن يتلقى الشخص الكبير فى السن فى الشارع المساعدة ممن يصدف أن يكون على مقربة كافية. ويجب أن يتلقى الشخص الذى انضم حديثاً إلى مجموعة المساعدة من أحد الموجودين فيها لكى يتعرف على المكان الجديد ويجد جميع التسهيلات التى سوف يحتاج إليها. وهناك قيمة إيجابية تعطى لقدرة المرء على تقديم المساعدة للآخرين وتكريس الوقت والطاقة لتسهيل الأمور لهم. بل إن بعض المهاجرين من الصين يجدون صعوبة فى التأقلم فى هونج كونج مع حقيقة أنه لم يعد هناك من يعتنى بهم حقاً ويرعى شؤونهم.

(فوجل ١٩٦٥، ص ٥٥)

وعلى الرغم من وجود أكثر من مؤشر على التضحية بالعلاقات الخاصة، من المحتمل أن كون العلاقات الاجتماعية والقيم العامة تتصف بالمساواة لعب دوراً كبيراً في السبب في أن الدول التي تدعى بالشيوعية تمتعت بصورة تقليدية بمستويات أعلى من الصحة مما كان يتوقع إذا أخذ بالاعتبار متوسط دخل الفرد فيها. وإذا كان الأمر كذلك فهناك على الأقل احتمال تفسير الأداء الصحي المتضائل في الدول الأوروبية الشرقية في السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين بأنه راجع إلى فقدانها ميزة كانت تشترك فيها فيما سبق مع الدول الشيوعية الأخرى. وحين اشتكى جورباتشيف من انحسار "القيم الأخلاقية السامية" في الاتحاد السوفييتي ومن تضائل "الاهتمام بقضايا المجتمع" وظهور "تبلد الحس والنزوع إلى الشك" كان بالتأكيد يشير إلى تدهور هذه الصفة في الحياة العامة.

وفي دول أوروبا الشرقية ارتبطت هذه القيم ارتباطاً قاتلاً بدعم الحزب وما يفترض أنه المشروع الشيوعي. وبدا أن المواطنة الصالحة هي تعبير عن الدعم للحكومة ولا يمكن المحافظة عليها إلا حيث لا تزال توجد درجة من المثالية. وفيما أعطى ذلك المجال للسخرية السياسية كان من المحتم أن تتغير الحياة العامة.

وفي بحث بعنوان "التفكك الاجتماعي في بولندا: المجتمع المدني أو العصبية العائلية اللاأخلاقية"، يصف تاركوسكا Tarkowska وتاركوسكي Tarkowski (١٩٩١) الخط الفاصل المتنامي بين مجالى الحياة العام والخاص في بولندا:

خلال عقد السبعينيات بأكمله ساد اهتمام مكثف بالعائلة والأصدقاء والدوائر الاجتماعية الصغيرة يقابله فتور ملحوظ تجاه الحياة العامة. وكان معنى التسييس في عام ١٩٨٠-١٩٨١م إعادة الحيوية للمجال العام وبروز [قصير الأمد] للسياسة كبديل. ولكن مع إعلان قانون الأحكام العرفية في كانون الأول (ديسمبر) عام ١٩٨١م ارتقت الحياة الخاصة إلى القمة . . . . وبحلول عام ١٩٨٩م كان "مجتمعاً خاصاً" بصورة كاملة قد تشكل.

(تاركوسكا وتاركوسكي ١٩٩١)

وقد اتضح التأثير النفسى لهذه الأحداث على السكان فى الانخفاض فى حوادث الانتحار الذى كان كبيراً لكنه مؤقت خلال التفاؤل فى عام ١٩٨١م الذى لفت واتسون Watson الانتباه إليه (واتسون ١٩٩٥). ويقول تاركوسكا وتاركوسكى بعد الإشارة إلى مقاطعة الحياة العامة إن حالات النقص الاقتصادية أدت إلى التنافس والعداء بين الدوائر الاجتماعية الخاصة الصغيرة ونزعت بدورها إلى إيجاد "العدوانية والأمراض الاجتماعية وجميع معالم (المجتمع غير الودى) . . . المنقسم إلى أعضاء فى العائلة و غرباء (تاركوسكا وتاركوسكى ١٩٩١، ص ١٠٤). ومن المثير للاهتمام بصورة خاصة أن المؤلفين وهما يصفان تفكك المجتمع البولندى خلال تلك الفترة يعتمدان على مفهوم "العصبية العائلية اللاأخلاقية" الذى استخدمه بانفيلد Banfield لوصف مناطق جنوب إيطاليا التى وجد بوتنام Putnam فيما بعد أن لديها أدنى مستويات التطور المدنى (بانفيلد ١٩٥٨).

وقد اكتشف د. ليون D. Leon واحداً من أكثر الأشياء لفتاً للانتباه بالنسبة للفجوة الصحية المتسعة بين أوروبا الشرقية والغربية خلال السبعينيات والثمانينيات (د. ليون، اتصالات شخصية مع المؤلف، ١٩٩٦). فقد قام بحساب نسبة معدلات الوفاة فى أوروبا الشرقية والغربية الناجمة عن كل سبب من أسباب الموت: أمراض السرطان فى كل موضع، السكتة، مرض القلب، الأمراض السارية، إلخ. ثم قام بالشئ نفسه فيما يتعلق بنسبة معدلات الوفيات بين الطبقات الاجتماعية العليا والدنيا فى بريطانيا. وقد اكتشف وجود معامل ارتباط بين الحالتين مقداره نحو (٠,٧) - يزداد عن ذلك قليلاً بالنسبة للرجال وينقص قليلاً بالنسبة للنساء. وبعبارة أخرى، فإن أسباب الوفاة التى اتصفت بأعلى زيادة فى أوروبا الشرقية بالمقارنة مع أوروبا الغربية مالت إلى أن تكون الأسباب نفسها التى اتصفت بأعلى زيادة فى الطبقات الدنيا بالمقارنة مع العليا فى بريطانيا. وبعض الأسباب مثل سرطان الثدي لم تسهم فى أى من التدرجين. ولأن الأسباب نفسها ارتفعت فى كلتا المقارنتين، فذلك يوحي أنها تعبير عن المؤثرات البيئية نفسها.

## اليابان:

والمثال الخامس والأخير الذى ترد فيه هذه القضايا معاً بطريقة يمكن التعلم منها هو اليابان. فكما سبق أن رأينا ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان ازدياداً كبيراً خلال بضعة العقود الأخيرة مع تساؤل فروق الدخل فيها (مارموت Marmot وديفى سميث Davey Smith ١٩٨٩: ولكنسون ١٩٩٢). وفى تاريخ لا يعود لأبعد من عام ١٩٧٠م كانت اليابان تشبه بريطانيا إلى حد كبير فى كلا الأمرين (ولكنسون ١٩٨٦). ومع نهاية الثمانينيات من القرن العشرين حققت اليابان أعلى متوسط فى العمر المتوقع عند الولادة فى العالم وأدنى فوارق فى الدخل من بين جميع الدول التى قدمت تقارير إلى البنك الدولى.

ويعكس الانخفاض فى عدم المساواة فى الدخل الذى تميز به جزء كبير من تطور المجتمع اليابانى فى فترة ما بعد الحرب التطور الخاص للرأسمالية اليابانية أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها. ويصف دور Dore عمل الرأسمالية اليابانية قبل الحرب بأنه لا يختلف كثيراً عن النمط المتبع فى دول أخرى. لكن مقدار الضعف والخزى الذى لحق بسلطة المؤسسة اليابانية ومركزها من جراء الهزيمة العسكرية أتاح إمكانية إصلاح الصناعة والمجتمع اليابانيين. فبعد الحرب مباشرة كان "جميع الذين لديهم سلطة رسمية فى جميع مجالات الحياة اليابانية بما فيها الصناعة يعانون انخفاضاً فى المعنويات، ولم تعد لديهم الثقة فى قدرتهم على القيادة" (دور ١٩٧٣، ص ١١٥). "وتنحت وسائل الحز على الولاء والخدمة لتحل محلها دعاية الديمقراطية والمساواة والحرية وكرامة الفرد" (المصدر نفسه، ص ١١٦). ويشير دور إلى "التدفق الكبير لأفكار المساواة بعد عام ١٩٤٥" (المصدر نفسه، ص ٣٢٩) ويقول "لقد تعرضت الصناعة اليابانية لثورة ديمقراطية اجتماعية، فى حين لم تتعرض الصناعة البريطانية لذلك" (المصدر نفسه، ص ١١٥). وإضافة إلى ذلك فإن الاحتلال الأمريكى أدى إلى أن تتأثر إعادة البناء بعد الحرب تأثراً كبيراً بنصائح الخبراء الأمريكيين الذين لم تكن لديهم مصالح مكتسبة أو ولاء للمؤسسة القديمة.



ولكن بعض أهم التغيرات كانت رد فعل على الحرب نفسها. فقد كان جزءاً من تعبئة الاقتصاد الياباني في زمن الحرب أن مارست الحكومة صلاحيات "شديدة القسوة" على الصناعة (دور ١٩٩٥). وتضمنت هذه الصلاحيات شرط عدم تعيين أعضاء جدد لمجالس إدارة الشركات إلا بموافقة الحكومة، وشريطة أن تكون لديهم معرفة بالصناعة ذات العلاقة أو خبرة بها أو كليهما معاً. وكانت النتيجة أن نسبة مديري الشركات الذين ارتقوا إلى مناصبهم من خلال الشركة نفسها ارتفعت أثناء الحرب من نحو الثلث في منتصف الثلاثينيات من القرن العشرين إلى أكثر من (٩٥) بالمائة في ١٩٤٩م (دور ١٩٩٦؛ أوكي Aoki ودور ١٩٩٤). وهذا، بالإضافة إلى عدة إصلاحات عمالية جوهرية بعد الحرب مباشرة، وفرت أساساً اجتماعياً مختلفاً لتطور بيئة العمل اليابانية؛ فالنصوص التي أتاحَت لقادة النقابات المهنية اكتساب الخبرة على مستوى مجالس الإدارة أدت إلى أن تكون بعض أكبر الشركات اليوم تحت إدارة قادة نقابات سابقين.

ويعطى دور في تحليله المهم للاختلافات في التنظيم الاجتماعي لمصنعي هيتاشي Hitachi في اليابان ومصنعين من مصانع إنجلش إلكتروك English Electric وزناً كبيراً لرغبة في المساواة الاجتماعية تزداد انتشاراً في اليابان (دور ١٩٧٣، ص ١١). ويصف كيف أدى هذا لا إلى اختفاء البنية الهرمية بقدر ما أدى إلى نوع مختلف من البنية الهرمية.

الاختلاف . . . هو بين نظام طبقي ونظام من الطبقات القابلة للانقسام بصورة لا نهائية؛ فالعاملون في إنجلش إلكتروك لديهم فكرة عن نظام المراكز في مصنعهم - وفي الواقع في مجتمعاتهم أيضاً - على أساس بضع طبقات متجانسة إلى حد ما تفصل بينها فجوات ملحوظة. ويعتمد مدى وعي الأشخاص للفجوات على تنوع المعايير المميزة التي تتطابق معها في خطوط التقسيم نفسها - الدخل وطريقة الدفع والمراحيض والمطاعم والعطلات وحقوق المعاشات واللباس واللكنة وعضوية النقابات،... إلخ - بالإضافة إلى مراكز السلطة العملية. وعلى عكس ذلك توجد في نظام شركة هيتاشي فجوات عددها أقل بكثير - فالمراحيض والمطاعم،... إلخ، لا تشير إلى المجموعات المقسمة حسب المراكز؟ وسلاسل الأجور تتألف من سلسلة مفردة متواصلة.

(دور ١٩٧٣، ص ٢٥٨)

وحتى حين توجد مثل تلك الفجوات؛ فإنها لا تحقق فقط فى التطابق بعضها مع بعض، بل قد تتقاطع فعلياً.

ويبدو أن التجارب المختلفة فى الانقسام الاجتماعى إلى طبقات تظهر أيضاً فى مسوح لا توحى فقط بأن عدد اليابانيين الذين يجدون صعوبة فى تحديد الطبقة الاجتماعية التى ينتمون إليها أكبر جداً من عدد الإنجليز، بل توحى أيضاً أن الطبقات الاجتماعية تلعب دوراً أقل فى استقطاب الدعم للأحزاب السياسية اليابانية.

وداخل الشركة "جميع مديرى هيتاشى تقريباً ارتقوا إلى مناصبهم بعد العمل طوال حياتهم فى الشركة . . . والاحتمال أكبر فى أن يعتبر مديرو هيتاشى أنفسهم وجهاء مجتمع الشركة بحكم كبر سنهم من كونهم رجالاً مسئولين تجاه حملة الأسهم عن اعتصار أقصى حد من الربح من ملكية حملة الأسهم هؤلاء، أى الشركة" (المصدر نفسه، ص ٢٦٠). "وعمل هيتاشى يعانون حرماناً أقل من حيث الكرامة والهيبة من أقرانهم فى إنجلش إلكتروك" (المصدر نفسه، ص ٢٥٩). "وينحدر اهتمام هيتاشى بالمجموعة وتجانسها نزولاً حتى مستوى فريق الورشات" (المصدر نفسه، ص ٢٣١). "لقد كانت اليابان وما زالت مجتمع (تكتل فى جماعات). ولهذا السبب فإن النظام الذى يقلل من التنافس إلى الحد الأدنى ويرفع التعاون والأمن إلى الحد الأعلى . . . يمكن توجيهه بصورة أسهل نحو الجهود المتعاونة سعياً وراء غايات الجماعة بأكملها" (المصدر نفسه، ص ٢٣٠-٢٣١).

وترتبط "نزعة التكتل فى جماعات" فى المجتمع ارتباطاً وثيقاً بما يراه الناس على أنه نزعة أبوية فى الصناعة اليابانية؛ فالتركيز على الولاء وعضوية الجماعة والأداء تعززه جزئياً أنظمة من أهداف الجماعة ومن المكافآت، ولكن تعززه أيضاً الأدوار الاجتماعية التى يلعبها مراقبو العمال والتى هى أوسع بكثير من أنوار نظرائهم فى الغرب. فبالإضافة إلى كونهم مسئولين عن سلسلة أوسع من النشاطات الاجتماعية فى العمل، مثل الاحتفالات والرحلات والنزهات والحفلات، يتوقع أن تكون لديهم معرفة مفصلة بعائلات العمال فى مجموعتهم، وقد يقومون بدور إيجابى فى شئون العمال العائلية.

وخلال معظم فترة ما بعد الحرب، بدا أن فوارق الدخل اليابانية تقلصت وأصبحت الآن متدنية إلى حد كبير عما هى عليه فى الدول الغربية الأخرى ومتدنية إلى حد أكبر مما هى عليه فى بريطانيا والولايات المتحدة. وبالإضافة إلى ذلك فإن نجاح الاقتصاد اليابانى لم يسهل تجنب تسريح العمال فى أوقات الركود فحسب، بل سهل أيضاً توفير طمأنينة أكبر فى الوظائف وإبقاء مستويات البطالة منخفضة. ولكن الدخل المختلف الذى يتبعه المديرون فى الشركات اليابانية لحماية وظائف الأشخاص يبين وجود فوارق هامة فى الأخلاق أيضاً؛ فقد أصبح من الشائع توقع أن يفرض كبار المديرين على أنفسهم تخفيضات فى الرواتب فى الأوقات الصعبة بدلاً من تسريح عمال الورشات (دور ١٩٩٥).

وقد ظهرت بوضوح بعض التباينات الأساسية نفسها بين المجتمعين اليابانى والغربى فى مقارنة لأساليب الشرطة اليابانية والأمريكية (بيلى ١٩٧٦). وسنبحث هذه الفوارق فى الفصل الثامن فى سياق الانخفاض فى معدلات الجريمة اليابانية الطويل الأمد الذى رافق التحسنات الكبيرة فى الصحة وتقلص فوارق الدخل. ويوضح بيلى تماماً أن رجال الشرطة اليابانية ليسوا فقط أداة تطبيق للقانون، بل لديهم أيضاً تفويض بلعب دور معلمين أخلاقيين. وهو يقول إن النظرة إلى الشخصية هى أنها تستجيب للضغوط الاجتماعية ويتوقع من المسيئين قبول شروط إعادة تأهيلهم الاجتماعى التى يضعها المجتمع بهدف أن يشعروا بواجب أخلاقى للمساعدة الإيجابية فى الحفاظ على الإجماع الأخلاقى فى المجتمع (بيلى ١٩٧٦). ومن المؤشرات الغربية على قوة التوسط الاجتماعى الصريح فى الحياة تقرير نشرته إحدى الصحف مؤخراً عن عضوين فى عصابة قاما بزيارة قسم للشرطة للاعتذار عن قتل شرطى ظنت العصابة خطأ أنه عضو فى عصابة أخرى (أندروز Andrews ١٩٩٥).

والشئ المهم بالنسبة للمثال اليابانى فى السياق الحالى ليس إعطاء صفة المثالية لمجتمع أقل تعرضاً للتمزق بسبب الانقسامات الطبقية، ولا هو مخاوف تقديم الفردية ضحية لنظام قد يبدو أنه يستعمل الأبوية لخدمة مصالح رأس المال. وإنما هو الربط بين توزع الدخل بفوارق أقل مع مجال للحياة العامة ذى محتوى اجتماعى حقيقى. فبدلاً من الفراغ الأخلاقى

والاجتماعى الذى لا تتوسطه سوى علاقات السوق، تتمتع الحياة التى تتخطى العائلة ببنية اجتماعية متطورة بصورة جيدة. ويغض النظر تقريباً عن الاستخدامات الإيدولوجية التى يمكن إخضاع الحياة العامة لها، فهى بصورة صريحة جزء من الحياة الاجتماعية. وفى حين كان الاعتقاد السائد هو أن بعض الخصائص المميزة للمجتمع اليابانى ليست سوى ترسبات لماضيها الزراعى القريب ستختفى فى مجرى التطور الاقتصادى، من الواضح أن الإطار الاجتماعى كبح بعض المعالم المعادية للمجتمع القائم على آليات السوق والتى كان من الممكن أن تهدده.

### الخاتمة:

من الواضح أن فوارق الدخل إن اتسعت أو تقلصت مرتبطة بفوارق هامة فى النسيج الاجتماعى للمجتمع. وهذه الأمثلة أعطت أكثر من دليل مستقى من مقطع نموذجى. فبريطانيا أثناء الحربين العالميتين أبدت تحسنات فى الصحة أكثر سرعة مع ازدياد التماسك والمساواة فى البلاد. وأظهر مثال روزيتو فقدان البلدة لميزتها الصحية مع تدهور التماسك الاجتماعى فيها. وبينت تجربة أوروبا الشرقية فقدان الميزة الصحية التى كانت الدول الشيوعية تشترك فيها فى السابق مع المجتمعات الأكثر مساواة. كما بينت أن هذا فقدان ارتبط بصورة خاصة بانعدام معنى الحياة وتفسخها المتزايدى فى المجال العام. وأخيراً من الممكن رؤية ازدياد سرعة التحسن فى متوسط العمر المتوقع عند الولادة فى اليابان مع التخفيف من عدم المساواة. وفى جميع هذه الأمثلة نجد ارتباطاً بين نزعة المساواة والتماسك الاجتماعى والصحة الأفضل. ولكن الغرض من هذه الأمثلة لم يكن إعداد مجموعة من النتائج المجمعّة والمقدمة بصورة أنيقة، بقدر ما كان طرح بعض المواضيع الاجتماعية والبنوية الأوسع فى سياق عملي، وليس فى مناقشة نظرية بحتة. وتوضح الأمثلة تنوعاً من الروابط فى كلا الاتجاهين بين توزع الدخل وخصائص الحياة الاجتماعية والإيدولوجية والتجارية والاقتصادية.

وعلى الرغم من أنه بإمكاننا أن نرى في كل مثال وجود هذه الروابط الأوسع، فإنه ليس من الواضح في أي اتجاه تتجه السببية. وقد تكون قادرة على المضي في كلا الاتجاهين. فعلى الرغم من أن ضيق الفوارق في توزيع الدخل يؤدي إلى أخلاقية اجتماعية أكثر مساواة، يبدو أيضاً أن العوامل الخارجية التي توجد أخلاقية اجتماعية أكثر مساواة تنزع إلى تضيق الفوارق في الدخل. إذ لو كانت روح اجتماعية أكثر مساواة ستتطور بصورة خارجية، لأسباب لا علاقة بها بتوزيع الدخل، فليس من المعقول أن يتسامح مجتمع من هذا القبيل مع حالات صارخة من عدم المساواة المادية دون أن يبذل جهوداً للتقليل منها. ومن غير المحتمل أيضاً أن يستمر تماسكها ما لم تخفض من عدم المساواة. ومن الناحية الأخرى، إذا حدثت تغييرات خارجية المنشأ في توزيع الدخل؛ فإن الأدلة من مصادر متنوعة توحى أن ذلك سيحدث بسرعة تغييرات في الإحساس بالتماسك أو الانقسام الاجتماعي. وهكذا بغض النظر عن كيفية تشكل المجتمعات المتماسكة؛ فإن توزيع الدخل بفوارق ضيقة شرط ضروري لبقائها ومن المحتمل أن يقوم بوظيفة مؤشر للخصائص الهامة لنسيجها الاجتماعي.

ورغم الأدلة المختلطة التي تقدمها هذه الأمثلة على اتجاه السببية؛ فمن الممكن الاعتقاد بأن اتساع الفوارق في الدخل الذي اجتاحت عدداً من الدول خلال الثمانينيات من القرن العشرين (ورد بحث آثاره في بريطانيا في الفصل السابق) كان مثلاً واضحاً على تغير خارجي المنشأ في توزيع الدخل أدى إلى تدهور في النسيج الاجتماعي للمجتمع. ولكن حتى في هذا المثال هناك لبس في الدليل؛ فالذين سيقولون إن ازدياد عدم المساواة في الدخل حدث أولاً سيثيرون إلى منشئه في المنافسة الدولية والتقنية الجديدة التي أضعفت مركز الأشخاص ذوي المستويات المنخفضة من المهارات والتعليم في السوق. وفي المقابل يمكن أن يسوق آخرون حجة أن النزعة النقدية بصفتها إيديولوجية اقتصادية حدثت أولاً، وأنها كانت دائماً تسعى إلى الهدف الخفي المتمثل في إضعاف قوة المساومة لدى العمال وتقليص دولة الرفاهة على أمل استخدام فوارق الدخل لحفز النمو الاقتصادي.

وقد يكون معنى هذا الارتباط الوثيق بين توزيع الدخل ونوعية النسيج الاجتماعى للمجتمع أن محاولة تحديد التسلسل السببى غير مجدية. فهناك تفاعل مستمر بين الأمرين ليس من سنة و مجموعة من السنوات إلى أخرى، مما كان سيعطى معنى لمحاولة تحديد اتجاه السببية، ولا حتى من شهر لآخر، بل هو تفاعل يجرى يوماً بعد يوم. ويحدث التفاعل بين العمليات الاجتماعية والاقتصادية بصورة دائمة عبر المجتمع بأسره مع التحولات بين الحين والآخر فى مركز الجاذبية المشترك إما فى هذا الاتجاه أو ذاك.

والتماسك الاجتماعى والشعور بروح الجماعة موضوعان هامين نجدهما فى جميع تلك الأمثلة. وعلى الرغم من أن رعاية (أو استخدام) بنية المجتمعات الأكثر مساواة وتماسكاً فى تلك الأمثلة كانت لخدمة أغراض بعيدة مثل المجهود الحربى فى بريطانيا والنمو الاقتصادى فى اليابان أو دعم الأحزاب الشيوعية فى أوروبا الشرقية؛ فإن روزيتو والأقاليم الإيطالية تبين أنه من غير الضرورى أن يكون الحال كذلك. ولكن من الواضح أيضاً أن التوجه الأكبر نحو المساواة عاد بالفائدة على الصحة سواء أكان يخدم أغراضاً إيديولوجية أخرى أم لا. وإذا كان على المرء أن ينتقى شيئاً قريباً من لب الاختلاف بين المجتمعات الأكثر مساواة والأقل مساواة؛ فمن المؤكد أنه سيكون شيئاً له علاقة بالطبيعة الاجتماعية للحياة العامة. وبدلاً من مجرد علاقات سوق أو علاقات مصالح شخصية بين العائلات أو الأسر، يبدو أن مجال الحياة فى المجتمعات الأكثر مساواة يبقى مجالاً ذا طابع اجتماعى أكبر مما هو عليه فى المجتمعات الأخرى. ويبقى خاضعاً لمشاركة الناس فى حياة المجتمع الاجتماعية والأخلاقية والإنسانية، بدلاً من أن يُترك لقيم السوق وصفقاتها؛ فالناس يتجمعون للسعى إلى أغراض اجتماعية مشتركة أكثر عمومية وللمساهمة فيها؛ وذلك هو التماسك الاجتماعى. وكون هذه القوى تلقى الرعاية لخدمة المجهود الحربى أو الإنتاجية الأعلى هو مؤشر على المدى الذى يُضعف فيه انهيار التماسك الاجتماعى ليس صحة المجتمع فحسب، بل وجهوده الإنتاجية أيضاً.

بعد أن كتبت هذا الفصل ظهرت أدلة جديدة تبين أن التماسك الاجتماعي له علاقة وثيقة بتوزيع الدخل بين الولايات الأمريكية. ففي بحث بالغ الأهمية بعنوان "رأس المال الاجتماعي وعدم المساواة في الدخل والوفيات" ستنشره المجلة الأمريكية للصحة العامة *The American Journal of Public Health*، يقدم كواتشي Kawachi وكندى Kennedy وزملاؤهما أدلة كمية على أن التماسك الاجتماعي يوفر الرابط بين توزيع الدخل والوفيات في الولايات المتحدة. وهذه النتيجة لها أهمية مزدوجة، فهي لا تقدم فقط أول دليل كمي (تميزاً له عن الأدلة النوعية أعلاه) أن التماسك الاجتماعي يتوسط بين توزيع الدخل والوفيات، ولكنه أيضاً يؤكد بناءً على البيانات الأمريكية ما يذكره بوتنام Putnam عن إيطاليا ولكنه يهمل أهميته، وهو أن التماسك الاجتماعي على علاقة قوية بتوزيع الدخل. وهذه رسالة ينبغي عدم السماح لأي سياسي بأن يتجاهلها.

## الفصل السابع

### دراسة أنثروبولوجية للتماسك الاجتماعي

من المنظور التاريخي، لا تزال المجتمعات الحديثة تتلمس طريقها نحو تنظيم اجتماعي مرضٍ للنظام الإنتاجي المتكامل إلى حد كبير والذي أنتجه التطور الاقتصادي مؤخراً. فباستثناء حالات قليلة، قبل بضعة أجيال فقط كان العالم حتى في أكثر الدول تقدماً يتألف بصورة رئيسية من مزارعين صغيرين معظم إنتاجهم لاستهلاكهم الشخصي دون أى اشتراك واضح فى التجارة. وفى بريطانيا حيث كانت بداية ظهور التصنيع لا يحتاج الأمر إلى أكثر من الرجوع إلى جدة جدتى للوصول إلى شخص ولد قبل الفورة الأولى من بناء السكك الحديدية، قبل الثمار الأولى للثروة الصناعية. وفى اليابان يُقدَّر أنه فى تاريخ لا يتجاوز فى القدم أكثر من الستينيات من القرن التاسع عشر، لم يكن أكثر من نحو (٥) بالمائة فقط من السكان يعملون فى أى نوع من العمل يتقاضون عليه أجراً (دور Dore ١٩٧٣). ولم يكن الاقتصاد النقدي معلماً دائماً فى المجتمع البشرى ولم يصبح القوة المهيمنة فى حياة معظم سكان الأرض سوى خلال نصف القرن الماضى. ورغم أن للنقود تاريخاً طويلاً فهي لم تلعب سوى دور هامشى فى حياة المنتجين من الفلاحين ذوى الاكتفاء الذاتى. وحتى الدور الذى كان للنقود فى مجتمعات ما قبل الصناعة كان فى أحيان كثيرة يخضع لتقييد صارم - فالأسعار والأجور كانت تحدد إما بالعرف أو حتى بالقانون، مع تحريم واضح للربا.

وإذا نظرنا إلى الأمام دون النظر إلى الماضى، فمن الواضح أن الطريقة التى تعمل وتستخدم النقود بها ستتغير بشكل جذرى تماماً مع تحولها المتزايد إلى طريقة إلكترونية. وإذا اختفت القطع المعدنية والنقود الورقية فعلاً، وأصبح تدفق الدخل والإنفاق لكل عضو فى المجتمع شيئاً مسجلاً فى ذاكرات حاسبات آلية مركزية فقط، من المحتمل أن النقود ستكتسب معنى جديداً. فبدلاً من توافر النقود فى جيبك أو عدم توافرها، بدأت منشآت



تجريدية مثل التصنيف الائتماني تقيد إنفاق الناس بالفعل بشكل متزايد. وعلى الرغم من الشعور بالقوة الطاغية لاقتصاد السوق وهو يشبع الحياة العصرية بشكل كامل، وعلى الرغم أيضاً من سيطرته الحتمية على الشؤون البشرية، فمن المهم تذكر مدى حداثة هذه القوة ومدى السرعة التي تتغير بها. وفيما تبحث المجتمعات عن طريقة للتعايش مع النظام الإنتاجي الحديث المتداخل تكون ذات صبغة اجتماعية أكبر، من المهم أن نرى المشكلات ونتذكر مدى حداثة سيطرة اقتصاد النقد السائل ومدى السرعة التي تتغير بها.

لقد أصبحت فوارق الدخل أقوى تعبيراً وتحديداً لعدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، لكن يمكن أن يكون لعدم المساواة أسس أخرى. فالرق، والمراكز والألقاب المتوارثة، والنظام الإقطاعي، ونظام انغلاق الفئات الاجتماعية جميعها تحول عدم المساواة إلى مؤسسة بأشكال مختلفة. ومع ارتفاع اقتصاد النقد تخلت العلامات التصنيفية والوضعية الدالة على المركز عن مكانها لتحل محلها علامات نقدية. والآثار الحديثة لعدم المساواة في الدخل هي الآثار المتضافرة الناجمة عن عدم المساواة وعن السوق. ولكن خلال معظم الوجود الإنساني كان ما يحافظ على ترابط المجتمعات هو شكل من التبادل مختلف جداً.

### تبادل الهدايا:

في كثير من أشكال المجتمع الأولى وخاصة مجتمعات الصيادين وجامعي الطعام والرعاة والزراعيين البدائيين شاع التشارك في الطعام وتبادل الهدايا في المجموعة البدوية أو القرية أو القبيلة بأكملها. وقد كرس علماء الأنثروبولوجيا الاجتماعية جزءاً كبيراً من اهتمامهم لمحاولة فهم الطريقة التي كان يجري بها تبادل مختلف البضائع، وأنماط التشارك في الطعام وإعطاء الهدايا ومعايير التبادل. وكان التشارك في الطعام وتبادل الهدايا بصورة دائمة تقريباً الشكل السائد للتوزيع ضمن المجتمعات الأولى.

لكنه في كثير من الأحيان لم يقتصر تبادل الهدايا على مجرد التبادل ضمن الجماعة، بل كان يستخدم على نطاق أوسع ليشمل التبادل مع مجموعات الأشخاص المجاورة وأحياناً

على أساس ذى صبغة طقوسية أقوى. وحتى حين كان تبادل البضائع يتم بصورة منتظمة مع مجتمعات أخرى لتحقيق الوظيفة الاقتصادية المتمثلة فى تموين كل مجتمع بالأشياء التى لا يمكنه بسهولة توفيرها لنفسه، كان التبادل يجرى بصورة تبادل للهدايا ويتم تنفيذه من قبل "شركاء تجاريين" تربط بينهم علاقة وطيدة، ويحظر بينهم التبادل السلبي وتعتبر المساومة خروجاً على القانون.

وفرضت معظم المجتمعات تحريماً شديداً لأى تعبير صريح عن المصالح الشخصية المادية؛ "لا يقوم أفراد شعب الكنج Kung بالتبادل التجارى فيما بينهم؛ فهم يعتبرون العملية معيبة ويتفادونها بسبب الاحتمال الكبير فى أن تؤدي إلى إثارة الأحقاد" (مارشال Marshall ١٩٦١، ص ٢٤٢ كما استشهد به سالينز Sahlinz ١٩٧٤، ص ٢٣٢). ويقول هوجبن Hogbin فى وصف التجارة البرية التى تخدم المصلحة الذاتية والتى تجرى بين قبائل لا قرابة بينها فى بولينيزيا Polynesia: "يبدو كإن الطرفين يشعران بقدر طفيف من الخجل . . . ويقومان بإنهاء الإجراءات خارج القرية؛ فهم يعتبرون أن التجارة يجب أن تجرى فى مكان بعيد عن سكن الناس، ويفضل أن تتم على طرف الطريق أو على الشاطئ" (كما استشهد به سالينز Sahlinz ١٩٧٤، ص ٢٣٦).

وحيث كانت الأشكال البدائية من النقود تستخدم حتى داخل مجتمع ما وكان هناك تنافس على الموارد الشحيحة؛ فقد كانت فى جميع الحالات تقريباً تقتصر على تنافس على الكماليات والبضائع الشعائرية، ويستمر تقاسم الطعام والضروريات الأخرى على أساس التساوى (ناش Nash ١٩٦٦). ولا شك أن جزءاً مهماً من سبب سيادة التشارك فى الطعام وتجنب الأنظمة الاجتماعية لتنافس الأشخاص على حق الوصول إلى الأشياء الجوهرية - كان التخلص من مصدر من مصادر النزاع. فقد كان النزاع الاجتماعى الناتج عن منع الأفراد والمجموعات بعضهم لبعض من الوصول إلى الأشياء الجوهرية أمراً يجب تجنبه بأى ثمن. وكما يبين فيرث Firth كانت نتيجة نظام شعب الماورى Maori فى توزيع الطعام هو "أن الموت جوعاً أو الحاجة المدقعة فى إحدى العائلات كانا مستحيلين إذا كان

الطعام متوافراً بكثرة للآخرين في القرية" (فيرث ١٩٥٩، ص ٢٩٠). والاستشهادات الماثلة لهذا الاستشهاد مألوفة. فشابيرا (Schapera ١٩٣٠، ص ١٤٨) كما استشهد به سالينز (Sahlins ١٩٧٤، ص ٢٦٤) يقول إنه بالنسبة لشعب البُشمان Bushmen "الطعام . . . ملك شخصي وتعود ملكيته للشخص الذي حصل عليه. ولكن يتوقع من كل شخص لديه طعام أن يعطى منه لجميع الأشخاص الذين لا يتوافر لديهم. والنتيجة هي أن جميع الطعام الذي يتم الحصول عليه يتوزع بشكل متساوٍ في المعسكر بأسره." وقد استخدم رادكليف - براون Radcliffe Brown الكلمات نفسها تقريباً في وصف نظام التشارك في الطعام لدى سكان جزر أندمان Andaman (رادكليف - براون ١٩٤٨، ص ٤٣) كما استشهد به سالينز (Sahlins ١٩٧٤، ص ٢٦٤).

وفي مقالين مهمين يستندان إلى كم كبير من الكتابات الأنثروبولوجية عن أنظمة التبادل القديمة قام سالينز بمزيد من التطوير لهذا التحليل لأنظمة تبادل الهدايا (سالينز ١٩٧٤). فقد فسر انتشار تبادل الهدايا والتشارك في الطعام في المجتمعات البدائية على أنه طريقة لحفظ السلام. وبالاكتفاء على فلسفة هوبز Hobbes السياسية يصف سالينز أشكال المجتمع المبكرة بأن لديها نزوعاً كامناً إلى الصراع، إلى "الحرب يشنها كل شخص ضد كل شخص". وليست القضية هي أن حرباً فعلية تدور في "حالة الطبيعة" التي يصفها هوبز، ولكن في غياب قوة طاغية (قوة مهيمنة "أو عامة تجعل الجميع ينظرون لها برهبة") قادرة على منع الصراع؛ فالأمر متروك لكل فرد في تسيير علاقته مع الآخرين بطريقة موضوعة لحفظ السلام وتفادي العداوة. وبعبارة أخرى، إنك مضطر حين لا توجد قوة من الشرطة لأن تعقد بنفسك الصلح مع الناس. وتبادل الهدايا والتشارك في الطعام هما الطريقة التي كان يتم بها ذلك.

ويلحظ سالينز أن هناك سلسلة متصلة من حب الاختلاط بالآخرين في إعطاء الهدايا وأشكال التبادل. وهي تتراوح من "التضحية في سبيل شخص آخر إلى الكسب لحساب المصلحة الشخصية على حساب شخص آخر. ففي أحد طرفي السلسلة توجد الهدية التي لا مقابل لها، وفي وسطها أشكال متنوعة من تبادل الهدايا فيها معايير أكثر صرامة أو أكثر

مرونة حول توقيت الهدية المقابلة وطبيعتها، وفي الطرف الثاني الأشكال المختلفة من التبادل والمساومة في الأسواق الذي يخدم المصلحة الذاتية بصراحة. وهو يركز على العنصر الأخلاقي في تبادل الهدايا مستشهداً بالدراسات الإثنوغرافية لمجتمعات مختلفة: "كان هناك شعور بأن المتاجرة بالطعام أمر ممقوت" (سالينز ١٩٧٤، ص ٢١٨). "مهما كانت القيمة النفعية [لتبادل الهدايا]، وهى قيمة ليس من الضروري وجودها، فهناك دائماً غرض أخلاقي . . . لتوفير شعور ودى . . . وإن لم يوفر ذلك الشعور؛ فإنه يخفق فى تحقيق غرضه" (المصدر نفسه، ص ٢٢٠). "وتحقيق التماثل [فى تبادل الهدايا] . . . هو تخلص عن المصلحة الذاتية من كلا الطرفين يمكن بيانه، وهو نبذ للنوايا العدوانية أو لعدم الاكتراث فى سبيل تبادل العواطف الودية" (المصدر نفسه، ص ٢٢٠).

وفى نظر سالينز، تعادل الهدية، التى تولد شعوراً بواجب الرد بالمثل، عقداً اجتماعياً بدائياً: فهى كما يقول الطريقة التى يتفاهم الناس بها بعضهم مع بعض. وفى جميع المجتمعات البشرية يُولد تلقى الهدية شعوراً بالمديونية وبواجب الرد بالمثل. بل إن هذا يبدو أحد الأمور القليلة التى تعم جميع المجتمعات البشرية. وهو ارتباط اجتماعى: "إذا كان الأصدقاء يأتون بالهدايا؛ فإن الهدايا تأتى بالأصدقاء" (المصدر نفسه، ص ١٨٦). وهذا الشعور بالمديونية من القوة بحيث إنه كثيراً ما يكون أساس سلطة الزعيم. فالأشخاص الذين يفوقون الجميع فى العطاء يفوقون الجميع أيضاً فى اكتساب النفوذ والقوة بجعل الناس مدينين لهم.

وقد اختتم سالينز بحثه بالكلمات التالية:

لقد أعطى هنا حديث فى الاقتصاد يبدو "التوفير" فيه بصورة رئيسية عاملاً خارجى المنشأ. والبحث عن المبادئ التنظيمية للاقتصاد تم فى مكان آخر. ويقدر ما تم العثور عليها خارج نزوع الإنسان المفترض نحو المتعة، تُطرح إستراتيجية للاقتصاد البدائى تمثل شيئاً معاكساً للاقتصاد التقليدى.

(المصدر نفسه، ص ٢٢٠)

والمعنى الضمنى هو أن الحفاظ على العلاقات الاجتماعية الجيدة فى تلك المجتمعات كان أهم من الاعتبارات المادية الأضيق.

وهذه الممارسات المؤسساتية هامة ليس مجرد أنها تتيح تبايناً مع أنظمة التبادل السائدة اليوم؛ بل لأنها تمثل أنماطاً حضارية تطورت بصورة مستقلة بين المجتمعات المختلفة فى العالم بأسره واستمرت ليس لقرن واحد أو ما يقاربه، بل مئات الآلاف من السنين، وغطت الجزء الأعظم من الوجود البشرى. وهى تعكس الأشكال التى نظمت الحياة الاجتماعية البشرية من خلالها والمؤسسات التى تعرّف الناس من خلالها على أنفسهم وسلوكهم وعلاقاتهم بعضهم ببعض.

وستعطينا الطريقة التى بنى فيها الهيكل المؤسساتى لذلك السلوك وجهات نظر مختلفة عن كيفية ارتباط بعضنا ببعض، وما هى العلاقة "العادية" أو "الطبيعية" بين الناس حسب فهمنا لها وتجربتنا. ومن المحتمل أن القصد ليس ما إذا كانت الأفعال فى الواقع تخدم المصلحة الذاتية على مستوى آخر. فالمهم هو ما إذا كانت الأشكال الحضارية التى نستخدمها تضع المصلحة الذاتية أو تبادل المشاعر الودية باعتبارها معياراً للعلاقات الإنسانية.

إن أنظمة التبادل التى من خلالها نجتمع كأفراد معاً فى مجتمع لا تبنى داخلنا افتراضات قوية عن الكيفية التى نرتبط بها بعضنا ببعض فحسب، بل يبدو أنها أيضاً تعلمنا مدى النزعة الاجتماعية أو المصلحة الذاتية التى تتصف بها طبيعتنا الأساسية. فمن المحتم أننا نخوض تجربة نمط العلاقات المادية الذى اكتسب صبغة مؤسساتية والذى نعيش حياتنا من خلاله وكأنه تعبير مباشر عن طبيعتنا الداخلية وارتباطنا أحداً بالآخر.

واستخدام سالينز لفلسفة هوبز السياسية له مضامين مدهشة لا يقوم سالينز بالتوسع فيها. فحين نأخذ فى الحسبان غياب أية سلطة حكومية مهيمنة، سنرى - كما يقترح سالينز - تبادل الهدايا والتشارك فى الطعام وطبيعة المساواة المادية التى تطبع المجتمعات المبكرة على أنها نتيجة حاجة الناس لحفظ السلام بأنفسهم. وإذا كان مصيباً فيجب أن يكون العكس صحيحاً، أى أن المصلحة الذاتية الصريحة فى تعاملات السوق وضخامة

عدم المساواة المادية فى المجتمعات الهرمية الحديثة يعزى إلى وجود سلطة مهيمنة قادرة على حفظ السلام؛ فالشرطة والمحاكم والسجون لا تزيع عن كاهل الناس الحاجة للحفاظ على السلام بأنفسهم فحسب، لكنها تمكننا جميعاً من العيش بطريقة كان يمكن أن تسبب صراعاً. إننا نستطيع أن ندير شئوننا بطرق لا تفضى إلى التناغم الاجتماعى؛ لأننا محميون من جميع العواقب الاجتماعية المترتبة على القيام بذلك. فعدم المساواة المادية وعلاقات السوق متنافرة مع العلاقات الاجتماعية المباشرة والمتناغمة إلى حد يجعل السلطة الحكومية المهيمنة القادرة على الحفاظ على النظام الاجتماعى أمراً ضرورياً. وفى ظل سلطتها فقط يمكن تجاهل شكاوى المحرومين دون خطر.

ولم تقتصر المحرمات الاجتماعية القوية ضد التعبيرات الصريحة عن المصلحة الذاتية المادية فى أنظمة التبادل على أشكال المجتمع الأولى. ففى انتقال مجتمعات طبقة الفلاحين إلى نظام السوق - بعد فقدان النزعة البدائية إلى المساواة بزمان طويل - اتصف الانتقال التاريخى إلى مجتمع تجارى على نحو كامل بجيشان رئيسى فى المواقف الأخلاقية. وقد يكون أشهر إسهام فى هذا التغيير الأخلاقى كتاب برنارد ماندفيل Bernard Mandeville **حكاية النحل: أو ذائل خاصة، منافع عامة** الذى نشر لأول مرة عام ١٧١٤م. فماندفيل الذى يعتبر إلى حد كبير أنه مهد الطريق لأخلاق ذات صبغة تجارية أو رأسمالية أكبر - طرح الفكرة التى بدت سيئة للكثيرين والتى مفادها أن السعى إلى المصلحة الذاتية الخاصة مفيد للمجتمع عموماً (جولدسميث Goldsmith ١٩٨٥). وقد انطوى كتاب **حكاية النحل** على "نبذ للإيديولوجية السياسية والاجتماعية السائدة وعرض نظرية اجتماعية جديدة . . . كانت مناسبة بصورة غريبة لتبرير المجتمع التجارى أو . . . الرأسمالى" (جولدسميث ١٩٨٥، ص ١٢٣). "إن المجتمع البشرى سيتحسن على يد الأشخاص الذين يوجهون أفعالهم بصورة أنانية للسعى إلى اللذة" (المصدر نفسه، ص ١٦٢). والقضية الجوهرية هى تغيير من مبدأ أخلاقى تعبر عنه النظرة الأقدم بأنه كلما ازداد استهلاك قطاعات المجتمع المتمتعة بأفضل الامتيازات؛ يقل ما يتبقى للآخرين جميعاً، إلى النظرة

الجديدة القائلة إن ازدياد استهلاك الأغنياء يفيد المجتمع؛ لأنه يوفر للفقراء العمل والكسب. إن إحدى النظرتين تعكس طبيعة الإنتاج الزراعي ومحدودية رقعة الأرض، في حين تعكس النظرة الثانية مجتمعاً تجارياً يبدو الناس فيه - بصورة تكاد تكون حَرْفِيَّة - يعيشون على المال من خلال عملهم. وعلى عكس أولئك الذين يلقون مسؤولية مشكلات المجتمع على حب جامع للبخذ والنفائس الذي بدا جزءاً من انحلال وفساد الأغنياء، أعلن ماندفيل بأسلوبه الساخر أن البخذ "يستخدم مليون فقير". وحتى السرقة تبقى العمل متوفراً لصانعي الأقفال. وقد سببت هذه الطريقة في المناقشة غضباً واسع الانتشار واستمرت موضع أخذ ورد طوال القرن الثامن عشر. وأسهم في هذه المجادلة كل من ديفيد هيوم David Hume وآدم سميث Adam Smith بين أشخاص آخرين. ورغم وجود عناصر اقتصاد سبب النقود في القرون السابقة؛ فقد تم تنظيم التبادل النقدي بحيث يبقى التعبير عن المصلحة الذاتية ضمن حدود يضعها المجتمع. وفي مجتمع القرون الوسطى كان القانون والعرف يحددان الأجور وأسعار السلع الهامة ضمن مستويات تعتبر عادلة ومنصفة. ولم تكن توجد سوق حرة وكان الكسب من حالات النقص المؤقت عملاً مخالفاً للقانون.

وترافق تطور الأخلاقية الاقتصادية الجديدة مع ما يدعى أحياناً "الثورة التجارية" أو "مولد مجتمع المستهلكين" الذي حدث في إنجلترا في القرن الثامن عشر (ماكندريك وآخرون McKendrick et al. ١٩٨٢). وقد تميزت الفترة بنمو الاستهلاك الجلي وانتشار تقليعات الأزياء وتطور الحياة التسويقية والتجارية. وفي نهاية القرن الثامن عشر وصف نابليون إنجلترا بأنها "أمة من أصحاب الدكاكين".

وفي الفترة نفسها أصبحت المصالح المالية قوة ملحوظة في المجتمع. فقد أنشئ بنك إنجلترا The Bank of England في عام ١٦٩٤م وكانت توجد سوق نامية للأسهم التجارية. ومن الواضح أن نمو السوق بصفتها المبدأ المتحكم في الحياة الاقتصادية؛ تطلب التخلي عن حساسيات أخلاقية سابقة. وقد كانت إحدى المزايا الرئيسية للسوق أنها تقوم بعمل توزيع لمظالمها على نحو يظهر أنه ألي وغير شخصي. فقد أعفت أصحاب الامتيازات والقوة من

مسئولياتهم الاجتماعية وضمنت أن الفقراء قلما يستطيعون إلقاء مسئولية معاناتهم على جهة معينة بالذات. ومن الواضح أن فكرة أن باستطاعة السوق على نحو إعجازي أن تحول السعى الجامح لخدمة المصلحة الذاتية إلى عمل من أعمال الرحمة تجاه إخوتنا في الإنسانية كان لها حلفاؤها الطبيعيون في عدة قطاعات في المجتمع.

وتبين درجة عدم المساواة في المجتمعات الحديثة الدرجة التي نتجاهل بها رفاهة بعضنا بعضاً. وفي الدول التي يجوع البعض فيها، في حين يتمتع آخرون بحياة هنيئة؛ تكون التقسيمات أقسى وأكثر فجاجة مما هي في الدول التي تضمن أنظمة الضمان الاجتماعي فيها حصول الناس على حد أدنى من الرزق على الأقل. وبدلاً من أن يعطى عدم المساواة ونظام السوق رسائل منفصلة؛ فإن المعاني الاجتماعية التي ينطويان عليها تلتقي معاً. فإذا كانت البيئة الاجتماعية التي يكون فيها التعبير عن الانفصال الصريح للمصالح أو تعارضها من خلال تعاملات السوق ومن خلال اعتماد الأسر على دخول منفصلة هي بيئة عدم مساواة مادية نسبية؛ فإن معانيها الاجتماعية المسببة للخلاف تتلطف إلى حد كبير. وعملياً تصبح المعاني الاجتماعية للسوق التي تسبب الانقسام أقوى أو أضعف حسب مدى اتساع الفوارق في الدخل أو ضيقها. وحيث تكون أكثر اتساعاً تنزع مبادئ السوق إلى التدفق إلى بعض حقول الحياة الاجتماعية. فالمجتمعات القائمة على السوق تتحول إلى أنظمة اقتصادية قائمة على السوق مع جعل مبادئ التنظيم الاجتماعية تابعة لمنطق الربح الخاص.

وهناك عدد من العمليات النفسية التي تزيد من تحمل الظلم الاجتماعي وتعطى مظهراً شرعياً لعدم المساواة المادية الذي تولده السوق. وبصورة خاصة هناك اتجاه قوى لأن يفترض الناس أن مركزهم في المجتمع هو انعكاس لقيمتهم المتأصلة. وفي كتاب **الأضرار الخفية في النظام الطبقي** يبين سنييت Sennett وكوب Cobb (١٩٧٣) أنه بين العمال اليدويين في بوسطن كان أعمق تأثير لوضعهم المتدني نسبياً اعتقادهم أنهم بالفطرة أقل قدرات من الأشخاص الأعلى منهم مكانة. فإما أن يقبل الناس أن مركزهم هو انعكاس لقدراتهم أو يدخلون في كفاح دائم لتحسين مركزهم وإنقاذ احترامهم لأنفسهم.



وقد بينت دراسات نفسية كثيرة أننا جميعاً نميل إلى استنتاج القدرة من الزخارف الاجتماعية للوظيفة - حتى في الأوضاع التي يكون من الواضح فيها عدم احتمال وجود تبرير لذلك. وقد لجأت إحدى التجارب إلى الاختيار العشوائي في إعطاء كل زوج من المشاركين دور "السائل" و"المتسابق" (روس Ross ١٩٧٨). وكان على السائلين استخدام معارفهم العامة للتفكير في أسئلة صعبة في المعلومات العامة يعرفون الإجابة عنها، ثم طرحها على شركائهم المتسابقين. وكان السائلون وشركاؤهم المتسابقون ومجموعة من المراقبين يعرفون جميعاً أن توزيع أدوارهم تم بطريقة عشوائية. ولكن عند انتهاء الجلسة أعطت المجموعات الثلاث - السائلون والمتسابقون والمراقبون - المعلومات العامة للسائلين درجة أعلى بفارق جيد مما أعطته للمتسابقين. بل إن المتسابقين أعطوا لمعلوماتهم العامة درجة لا تزيد على (٤٠) في سلم يتراوح من (١ - ١٠٠) وأعطوا شركاءهم السائلين درجة (٦٥). وتبين أدلة مشابهة أننا نستنتج من أدوارنا وأدوار الآخرين في مؤسسة ما أو من الوضع الاجتماعي رأياً حول قدراتنا النسبية. والوجه الآخر لهذه المسألة هو التأثير الذي يمكن للفوارق في المكانة أن تمارسه على تقدير الناس لأنفسهم وعلى ثقتهم بها.

وأحد الجوانب الهامة للسوق والعمالة بالأجر النزعة الفردية التي تثبتانها. وفي لب مفهوم النزعة الفردية الفصل العملي لمصالح كل شخص وهويته عن مصالح الآخرين وهوياتهم. بل إن أبلغ تعبير جوهري عن النزعة الفردية هو الدور الذي تلعبه النقود في اقتصاد السوق ونحن نكسب "رزقنا" وننفقه، منقسمين إلى باعة ومشترين في السوق. إن دخل - اعتماداً على الدخل الفردية - يخدم احتياجاتي وأي اعتراف باحتياجاتك يهدد كفاية دخلي وبالتالي كفاية أمني.

وتتضمن الضرورة الاقتصادية للكسب والإنفاق والمؤسسات الاقتصادية التي تقوم بذلك من خلالها عقلانية تحرك جزءاً كبيراً من حياتنا. ومنطق النزعة الفردية التملكية هذا الذي ينمو من معارضة "المصالح" المسوَّقة يوفر لعلماء الاقتصاد نظريتهم حول الاختيار العقلاني. ولكن بدلاً من أن يبقى ذلك المنطق إحدى الحقائق الخارجية في الحياة يصبح

مُدْخلاً فيها. وبدلاً من رؤية الأوضاع الحقيقية التي هي مصادر سلوكنا أصبح من الواضح أننا نستنتج عقلانية داخلية وكأنها متصلة فينا. إننا نقول لأنفسنا إننا وهبنا الأمزجة والحوافز الاجتماعية والمادية والكسبية الداخلية المناسبة التي يبدو أن أفعالنا تعبر عنها. ونتيجة لذلك تغمر النزعة الفردية ذات المصلحة الشخصية التي تتصف السوق بها حقولاً أخرى من الحياة الاجتماعية. وإذا توصلنا إلى معرفة أنفسنا من خلال السوق؛ فإننا عندئذ نتصرف وكأن حوافزها متصلة في أعماقنا. وتتغير طبيعة الحياة العامة ويصبح التفاعل الإنساني خاضعاً لهيمنة قيم السوق الاجتماعية.

وقد أوضح علم النفس الاجتماعي المدى الذي نتوصل فيه إلى فهم أنفسنا، أى استنتاج طبيعتنا وخصالنا، لا من مصدر استبطاني داخلي أصيل، وإنما مراقبين لسلوكنا. ونحن نستخدم إلى حد استثنائي أدلة وضعية وسلوكية لا لنفسر انفعالاتنا وحوافزنا نحن فقط، بل لكى نخمن أيضاً انفعالات الآخرين وحوافزهم. وتتوصل إلى الاعتقاد أن الكائنات البشرية هي بطبيعتها فى الصورة التى توحى بها ثقافتها. وهكذا فإننا إذا عشنا ضمن مؤسسات تتمثل عقلانيتها فى تعارض فى المصالح؛ فإن هذه هى الطريقة التى سنفهم بها الطبيعة البشرية. وهذا هو السبب فى أن الناس عبر التاريخ بأكمله انتقلاً من أحد أنواع المجتمعات إلى نوع آخر، يعتقدون أن مؤسسات مجتمعهم بالذات ليست سوى الطبيعة الإنسانية فى نسخة مكبرة؛ فالأشخاص فى مجتمعات تعد تبادل الهدايا هو الشئ الطبيعى فيها نشأوا وهم يحملون مجموعة من الافتراضات عن كيفية ارتباطهم بعضهم ببعض، وننشأ نحن ونحن نحمل مجموعة أخرى منها.

والاتجاه الإنسانى إلى التوصل إلى هذا الاستنتاج له تأثير إضافى هو أن تصورنا لمدى التغير لا يوفيه حقه؛ فهذا التصور يجعل جميع العيوب فى المجتمع تبدو وكأنها ناشئة من حالات القصور لدى الكائنات البشرية وليس من حالات القصور فى المؤسسات. وهذا القلب للأمور قوى جداً بحيث يقوم بمنح الاستقرار للأشكال الحضارية التى نعيش ضمنها. وعلى النحو نفسه نخفق فى إدراك مدى السرعة التى يمكن فيها لنظام اجتماعى مختلف أن يبدو انعكاساً لطبيعة بشرية مختلفة.

وقد كان الحافز لكثير من الأعمال التجريبية حول إدراكنا لانفعالاتنا وعالمنا الحفزي الداخلي هو أدلة بدا أنها تبين أن الانفعالات المختلفة ترافقها حالات متشابهة بشكل عام من الاستثارة الفيزيولوجية (كلينكه Kleinke ١٩٧٨). فبدلاً من العملية الاستبطانية التي نصل بها إلى مصدر داخلي لنخبر حقيقة ما نشعر به، تبين أن الانفعالات تتميز بعضها عن بعض إلى حد كبير بعمليات إدراكية تنطوي على تفسير لوضعنا. وقد تبين أن التجربة الانفعالية لحالة مفترضة من الاستثارة الفيزيولوجية تعتمد على إدراك القرائن التي تدل على الوضع. وإيضاح أن إسهام الإدراك والوضع في تجربة انفعال ما تم التلاعب بوضع أفراد أخضعوا لإحدى التجارب لتحريضهم على "عزو خاطئ" لحالة الاستثارة لديهم من مصدرها الإدراكي المبدئي. وبأخذ بعض التلاعب التجريبي الخادع في البيئة تم إظهار أن الاستثارة الجسدية التي يسببها مبدئياً الخوف أو المزاج أو الانزعاج أو حقنات من الأدرنالين Adrenaline أو حتى التمرين الرياضي يمكن الشعور بها على أنها انفعال مختلف تماماً ثم توليد سلوك يعبر عن انفعال مختلف. ولم تعتمد هذه العملية التجريبية من العزو الخاطئ على أى تعبير لفظي أو استرجاع واعٍ أو استجواب.

وواحد من الأمثلة الأقل إدهاشاً والذي مع ذلك ينطبق على السوق ذلك الذى يخص تأثير دفع المال على الحفز الداخلى المنشأ والخارجى المنشأ. فقد طلب من مجموعتين من الطلاب محاولة حل سلسلة من الأحاجي (ديتشي Deci ١٩٧١). وقد قيل لإحدى المجموعتين أنه سيدفع لأعضائها مبلغ محدد من المال عن كل حل صحيح، فى حين لم يدفع أى شئ للمجموعة الأخرى. وبعد ساعة أعطيت المجموعتان فترة استراحة جرت خلالها مراقبتهما عن كثب. وقد تأكد التنبؤ بأن الطلاب الذين لم يتلقوا أى مبلغ سيعتبرون أن حوافزهم داخلية المنشأ وأن هناك احتمالاً أكبر فى أن يستمروا فى العمل خلال فترة الاستراحة. ويوحى هذا أن إدراك حب حل الأحاجي أو كرهه لم تحدده كلياً معرفة داخلية لمدى المتعة أو الإزعاج التى رافقت تجربة حلها، بل تأثرت إلى حد كبير بالدليل الوضعى على الحافز وراعا.

ومن التجارب الأخرى التى توضح النقطة الأساسية نفسها تجربة يتكرر إجراؤها كثيراً وتدعى تجربة "اللعبة المحرمة" وفيها يطلب من مجموعة من الأطفال عدم اللعب بلعبة معينة أثناء غياب مؤقت لمشرف من البالغين (كلينكه ١٩٧٨). ويوجه إلى إحدى المجموعتين تحذير لطيف بعدم عصيان الأمر، فى حين يوجه للمجموعة الأخرى تحذير أكثر صرامة بكثير. ويخضع الأطفال للمراقبة أثناء التجربة ويتضح أنه لا يقوم أى منهم باللعب باللعبة المحرمة. وفى التقويم الذى جرى فيما بعد توضح الأدلة أن الأطفال الذين تلقوا تحذيراً صارماً يجدون اللعبة أكثر جاذبية مما يجدها الأطفال الذين تلقوا تحذيراً لطيفاً. ونظراً لوجود عدة تفسيرات محتملة لهذه النتيجة؛ فقد كررت التجربة مع عدد من التنويعات. وقد أظهرت النتائج أنه بالنسبة للأطفال الذين يتلقون تحذيراً لطيفاً هناك احتمال أكبر فى أن يستنتجوا أنهم لم يلعبوا باللعبة؛ لأنهم لم يجدها شديدة الجاذبية. أما الذين يتلقون التحذير الصارم فالاحتمال أقل فى أن يجدوا أنفسهم وقد تصرفوا بحرية حين امتنعوا عن اللعب بها؛ ولذلك فهم لا يستنتجون أى افتقار شخصى للاهتمام بها يفسرون به عدم الاقتراب منها.

لقد أصبح هذا الآن حقلاً مهماً من حقول علم النفس الاجتماعى التجريبي له مجموعة من النظريات الناتجة عن عدد كبير من أنواع مختلفة تماماً من التجارب تبين مدى تقلب انفعالات الغضب والخوف والقرق والميل، حتى القوية منها. ففى كل حالة نجد أن طبيعة الانفعال ليست مجرد تجربة محك اختبار داخلى استبطانى، بل تُستنتج من تفسير إدراكى للوضع.

هذه الأعمال هامة فى السياق الحالى؛ لأنها توضح أننا بقليل من المعرفة الداخلية الأصلية لحوافزنا وأحاسيسنا؛ نتعرف على طبيعتنا الداخلية من سلوكنا الخارجى فى سياق معين ذى بنية اجتماعية. وكما يقول بيم Bem: "يتوصل الأفراد إلى (معرفة) مواقفهم وانفعالاتهم وأحوالهم الداخلية جزئياً عن طريق استنتاجها من مراقبة سلوكهم الخارجى أو الظروف التى يحدث ذلك السلوك فيها أو كل من السلوك والظروف معاً" (بیم ١٩٧٢، ص ٥). وبصورة جوهرية إن إدراك الذات هو منتج لمعتقدات عن مسببات السلوك وهو - بسبب ضعف المصادر الاستبطانية الأصلية لوعى الذات - يشترك فى نواح كثيرة مع إدراكنا

لبعضنا بعضاً. ونحن نتعرف على ما نعتبره العالم الداخلى من السلوك الخارجى الذى يحفزّه ويبنيه المجتمع والمؤسسات. ولكننا فى فهمنا الواعى نفترض أن العملية تعمل فى الاتجاه المعاكس. فمن المؤكد أن ما أطلق عليه اسم "خطأ العزو الأساسى" يدعم على ما يبدو الاتجاه الذى سبق ذكره إلى رؤية المؤسسات الاجتماعية أنها تعبيرات عن الطبيعة البشرية. وهذا هو اتجاه منهجى يلاحظه علماء النفس الاجتماعيون لدى الناس للتقليل من قيمة تأثير عوامل الوضع الخارجى والتعظيم من أهمية دور الأمزجة المحفزة الداخلية فى إدراك الناس لسلوك الآخرين (ل. روس L. Ross ١٩٧٨). وبعبارة أخرى بدلاً من رؤية الكوابح الحقيقية فى الوضع يُنظر إلى السلوك كما لو كان مجرد تعبير عن مزاج داخلى راسخ. وسلوك الناس حساس جداً للوضع الذين يكونون فيه بحيث أمكن إثبات أن الكثير من الصفات النفسية المفترضة - التى كنا نظنها من الصفات الدائمة للشخصية - تظهر القليل من الاستقرار أو لا تظهر أى استقرار لدى الانتقال من وضع إلى وضع آخر (ميشيل Mischel ١٩٨٦). وأحياناً كان التلاعب التجريبي بمدخلات أوضاع شديدة البراعة كافياً لسحق الفوارق بين الأشخاص فى الأمور التى كانت تعتبر خصلاً شخصية مستقرة نسبياً.

ومن المهم إدراك أن هذا العمل لا يشير ببساطة إلى استعادة الأشخاص الواعية لأحاسيسهم وحوافزهم أو إلى تقاريرهم الذاتية عنها. بل هو يتناول الكيفية التى يبدو فيها أن سلوك الناس يتشكل عن طريق إدراكاتهم لأحاسيسهم التى يبدو أنها لا تأتى من أى مصدر داخلى أصيل، وإنما هى ليست أكثر من استنتاج إدراكى معقول لما يرجح أن يشعروا به فى ذلك الوضع.

وهناك مؤشر واضح على نحو خاص على قوة التأثير الذى تمارسه السوق على العلاقات الاجتماعية، وهو الطريقة التى يتطابق فيها مدى هذا التأثير مع حدود العائلة؛ فحدود العائلة تتطابق مع الانتقال من علاقات السوق إلى المشاركة. وحين نتحدث عن مجتمع ونصفه بأن نظام العائلة الممتدة يسود فيه فما نعنيه عملياً هو أن دائرة أوسع من الأقارب لهم الحق فى استخدام موارد بعضها بعضاً، وعليهم واجب تجاه الرفاهة المادية لبعضها البعض.

وبصورة عامة يعيش أفراد العائلات والأسر على دخل أسرى مشترك، وحتى حين لا تحصل المشاركة فى الدخل بأكمله فالطعام والمرافق المنزلية مشتركة. وحين يتزوج شخصان أو يبدآن فى التعايش فإن جزءاً مهماً من تلك الخطوة المشاركة فى النفقات وتوليها مسؤولية متبادلة عن رفاهة أحدهما الآخر. وقد بين إ. ب. تايلر E. B. Tylor فى صدد الحديث عن صلات القرابة (الرحم) الأوسع فى المجتمعات البدائية أن الرحم kindred تتوافق مع الرحمة kindness، وهما كلمتان يعبر اشتقاقهما المشترك . . . عن أحد المبادئ الرئيسية للحياة الاجتماعية (كما استشهد به سالينز ١٩٧٤، ص ١٩٦). وإنه مما سيثير الاهتمام أن نعرف إلى أى مدى ينتج إدراك الصلة الاجتماعية والعاطفية من الطريقة التى تولد بها الترتيبات الاقتصادية تطابقاً مشتركاً للمصالح أو تدمره، وإلى أى مدى تتبع الترتيبات الاقتصادية روابط عاطفية سابقة لها.

وكانت المجتمعات البشرية قبل الزراعة بالإضافة إلى ممارستها تبادل الهدايا على قدر كبير من المساواة. بل فى الأغلبية الساحقة من أحقاب ما قبل التاريخ (ربما بلغ ذلك نحو مليونين ونصف المليون من السنين) عاش أسلافنا الذين اعتمدوا فى رزقهم على جمع الأغذية والصيد فى مجموعات صغيرة تسودها المساواة. وقد لفت علماء الأنثروبولوجيا الانتباه إلى عدد من العوامل التى هى أساس هذه النزعة إلى المساواة. وتفسير سالينز لنظام تبادل الهدايا والتشارك فى الطعام هو ضمناً تفسير أيضاً لنزعة المساواة المادية فى أشكال المجتمع المبكرة (سالينز ١٩٧٤) فكلاهما كانا وسيلتين لحفظ السلام بين الأفراد فى غياب أية قوة هوبزية<sup>(١)</sup> خارجية تقوم بذلك نيابة عنهم.

وقد أعطى علماء أنثروبولوجيا آخرون تفسيرات مختلفة لنزعة المساواة فى المجتمعات المبكرة. فقد وصف وودبرن Woodburn مجتمعات جامعى الأغذية والصيادين التى تتمتع بدرجة عالية من المساواة بأن لديها ما أسماه اقتصاد "العائد الفوري" وليس اقتصاد "العائد المؤجل" (وودبرن ١٩٨٢). والفارق هو فى مدى ما ينطوى عليه إنتاج الطعام من تأخير بين

(١) Hobbesian نسبة إلى الفيلسوف الاجتماعى الإنجليزى توماس هوبز (١٥٨٨-١٦٩٧). المترجم.

قيام العمال بالعمل والمنتج النهائي. ومن الواضح أن جميع الزراعات تنطوي على عائدات مؤجلة، في حين أن التقاط ما تنبته الطبيعة من الأطعمة لا يتطلب أى تأخير كبير أو أى تأخير على الإطلاق بين الجهد فى جمعه والاستهلاك. وحين تستدعى الحاجة أدوات معقدة، فهناك أيضاً التأخير بين عمل العاملين فى صنعها والمواد الاستهلاكية الناتجة التى تساعد تلك الأدوات فى إنتاجها. وتؤدى هذه الأشكال من التأخير إلى حقوق ملكية تربط بين الذين يقومون بالعمل والمنتج النهائي. وحتى هذه الأشكال المبكرة من الملكية تؤدى فى رأى وودبرن إلى الابتعاد عن أكثر أشكال التنظيم الاجتماعى مراعاة للمساواة.

وفى مقابل هاتين النظرتين حلل جودى Goody نمو قوى الإكراه (جودى ١٩٧٨). وقد اقترح أن كيفية اتباع المجتمعات للشكل الهرمى أو للمساواة تعتمد على التحكم فى وسائل التدمير بقدر ما تعتمد على التحكم فى وسائل الإنتاج. وبعض الأسلحة - مثل الأدوات الحجرية والرماح والقوس والسهام - ديمقراطية فى أساسها من حيث إن بإمكان أى شخص صنعها ومن الصعب منع الناس من الوصول إليها. ومن الناحية الأخرى، لا يمكن الحصول على الأسلحة النارية إلا من مصادر أخرى وإذا تمكن الناس من الفوز باحتكار يجعلها (أو أية أسلحة أخرى أفضل) فى متناول أيديهم وحدهم تكون لديهم القوة على إكراه الآخرين. ومن الواضح أن وسائل الإنتاج هامة أيضاً. فالأنظمة الطبقيّة تعتمد على التحكم فى الوصول إلى وسائل الإنتاج بطرق تختلف بالضرورة مع اختلاف مراحل التطور. وتختلف إستراتيجية التحكم فى العمالة وفقاً لسهولة اكتساب قدرة مستقلة على الوصول إلى موارد الإنتاج (ولكنسون ١٩٧٣).

ومن الواضح أن هذه الآراء الأربعة تتناسب معاً، رغم أن انطباقها سيختلف من مجتمع إلى آخر ومن مرحلة من التطور إلى مرحلة أخرى. وجميعها مع النظرة التى ترى أن التناغم الاجتماعى كان ذا أهمية قصوى فى المجتمعات المبكرة، وأنه كان يتطلب تجنب التهديدات الموجهة له والناعبة من النزاع على الموارد الشحيحة. وفى كتاب يدور فى لبه حول الآثار الصحية لعدم المساواة، من المهم إدراك أن المجتمعات الإنسانية عبر معظم التاريخ

الإنسانى وما قبل التاريخ حرصت على تجنب بعض المسببات الاقتصادية للتناحر الاجتماعى وفضلت الأنظمة الاجتماعية الأكثر مساواة. وتوحى حقيقة كوننا فى الجزء الأكبر من وجودنا كنوع عشنا ضمن تنظيم اجتماعى يتصف وفق المعايير المعاصرة بالمساواة على نحو متميز بأننا قد لا نكون مهينين نفسياً لعدم المساواة والفردية. ويمكن رؤية تأثير عدم المساواة والوضع التبعية على البقاء على أنه تأكيد لذلك. وفى حين أنه من الواضح أن الاستجابات للضغط النفسى القصير الأمد التى تهين الجسم للعمل لها فوائد هامة فى البقاء، فإن التأثير المزمع للضغوط التى كثيراً ما تكون ملازمة للمركز الاجتماعى المتدنى وللافتقار إلى علاقات اجتماعية قائمة على الدعم المتبادل يبدو شيئاً لم تعد أجسامنا عليه (الفصل العاشر).

ومن حين لآخر يتجاهل الناس الأدلة التى تشير إلى أننا مهينون نفسياً للعيش فى مجموعات ذات علاقة اجتماعية قائمة على قدر أكبر من المساواة، ويستشهدون بالتنظيم الهرمى بين قرود الشمبانزى باعتبارها الأقرب إلينا من بين الحيوانات الرئيسة للإيحاء بأن عدم المساواة شيء متأصل بين البشر. ولكن باور (Power ١٩٩١) فى كتاب لها بعنوان حملة لواء المساواة *The Egalitarians* تسوق حجة أن قرود الشمبانزى لم تتخل عن التنظيم الاجتماعى المتساوى إلا حين أدخل نظام التغذية الاصطناعية.

فبسبب الصعوبة الكبيرة فى دراسة القرود البرية حين يضطر الباحث إلى تعقبها من مكان لآخر وهى تتجول على هواها، بدأ المراقبون فى إطعامها كى تبقى قريبة من مركز المراقبة. وقد صمموا نظاماً للتغذية المنتظمة من صناديق يمكن فتحها من على بعد فى أوقات معينة. وتقول باور إن ذلك عجل بحوث تغييرات أساسية فى التنظيم الاجتماعى (باور ١٩٩١). وهى تشير إلى التقارير المختلفة جداً حول تنظيم القرود الاجتماعى وسلوكها قبل أن تصبح التغذية الاصطناعية هى الطريقة المعتادة لمراقبة القرود فى الطبيعة وبعد أن أصبحت كذلك. ففترات التغذية المنتظمة أدت إلى تجمع أعداد كبيرة من الحيوانات وانتظارها بتوتر فتح صناديق الموز. وأخذ الشجار والعراك يندلع بينها، وتقول باور:



لقد كان تأثير أوضاع التغذية التي تخضع للتحكم البشرى وغير الطبيعية بقاءً على القردة خطير فيما يخص انعكاسها على السلوك والأسلوب الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية. ففي ظل التوتر عند انتظار الثمار مع الآخرين . . . تكونت لدى قردة الشمبانزى روح تنافس شديدة ومباشرة، وبدأ التغيير الجذرى الذى تبين أنه مدمر للنظام الاجتماعى المتأقلم بأكمله. (باور ١٩٩١، ص ٧٠)

لقد تخلخت أنماط التوزيع وأصبحت المجموعات المتجاورة أكثر عداء بعضها تجاه بعض. والسلوك الخاص بملكية الأراضي "تحول من إقليمية طقوسية مسالمة نسبياً من النوع المألوف فى الحيوانات غير البشرية باتجاه نموذج من السلوك أكثر عدوانية وعنفاً" (جودبول ١٩٨٦، ص ٥٢٨ كما تستشهد به باور ١٩٩١، ص ٧٣).

كما أن العلاقات ضمن المجموعات تغيرت بشكل كبير. والمراقبون الذين كانوا قد أبلغوا عن رؤية نزاع قصير واحد فقط بين قردة الشمبانزى خلال عامين قبل التغذية المصطنعة، ذكروا (٢٨٤) حالة بعد إدخال نظام التغذية، حدث (٦٠) بالمائة منها نتيجة مباشرة للتغذية. وقد تطور تدريجياً تنظيم هرمى اجتماعى واضح قائم على الاستعراضات العدوانية، والتهديدات بالعنف أو العنف الفعلى. ويُستشهد بقول أحد المراقبين إن الحيوانات التى تشعر بأكبر قدر من عدم الاطمئنان والتى تكون لديها أشد حاجة إلى المركز الاجتماعى هى التى يرجح فى العادة أن تتصرف بعدوانية وبذلك تكسب مكانة فى التنظيم الهرمى.

ولم تتعرض العلاقات الاجتماعية وحدها لتغييرات أساسية بل الجنسية أيضاً. فالاختيار الجنسى التلقائى لدى قردة الشمبانزى البرية من كلا الجنسين، والذى كان سائداً قبل التغذية الاصطناعية، حل محله تدريجياً ضغط ذكرى قسرى على الإناث فى طور الوداق. وكان وصف باور للنمط السابق سيكون صعب التصديق لولا أنه موثق توثيقاً جيداً. فهى تصف "غياباً كلياً لأية إشارة إلى حقوق ينفرد بها الذكر تجاه أنثى فى طور الوداق، وإلى عدم التنافس على الوصول إلى الأنثى أو محاولة لاحتكارها جنسياً، وإلى عدم وجود شركاء جنسيين دائمين، وأية مؤشرات إلى نزعة تملكية أو عدوان بين الذكور فى هذا

الوضع، أو فى أى وضع آخر فى الواقع" (باور ١٩٩١، ص ٧٧). ولكن بعد التغييرات فى البنية الاجتماعية التى تلت إدخال نظام التغذية، حلت محل أنماط التزاوج التى بدا أنها تؤدى وظائف اجتماعية أوسع أنماط أكثر احتكاراً ومنافسة وتملكاً.

وتقوم باور (١٩٩١) بالتعميم من عدد من المصادر الأنثروبولوجية فى وصفها للطريقة التى تأخذ القيادة فيها مكانها فى سياق بشرى قائم على المساواة. فهى تقول إن الدور القيادى فى النشاطات المختلفة هو فى العادة مجرد اعتراف بالمعرفة أو المهارة الخاصة التى يمتلكها شخص معين فى ذلك المجال. وتقول "ليس دور القائد دوراً يسعى الأفراد للحصول عليه، والذين يقومون بذلك الدور يتغيرون باستمرار مع تغير الاحتياجات والظروف. وتقوم المجموعة بشكل تلقائى بتعيين من يقوم بالدور وتمنحه لأحد الأعضاء فى موقف معين، ولا يقوم فرد ما بتولى الدور أو الاستيلاء عليه" (المصدر نفسه، ص ٤٧).

فالقيادة إقناعية وليست تسلطية، وتقوم فقط بتوجيه الزمرة نحو الإجماع الذى هو الموضع الحقيقى لاتخاذ القرار؛ ولذلك فإن استقلالية الآخرين واعتمادهم على الذات لا يقلصان بالاعتماد على سلطة أى شخص مركزى أو صاحب اعتبار. ولا ينقص احترام الذات أو يزيد من خلال تولى دور التابع أو دور القائد. فالتركيز فى تلك المجتمعات هو على التبادلية المعمة.

(المصدر نفسه، ص ٤٧)

وحقيقة أن التنظيم الاجتماعى لقردة الشمبانزى ليس دائماً تنافسياً أو هرمياً، يعنى أنه لا يمكن استخدام التقارير عن الطبقات النقرية (القائمة على حق الطيور فى نقر بعضها بعضاً) أو الأنظمة الهرمية الاجتماعية بين الحيوانات للإيحاء بأن النظام الهرمى الاجتماعى فى المجتمعات البشرية له أساس "طبيعى" أو وراثى. فمن الواضح أنه حتى بين الحيوانات الرئيسة غير البشرية توجد أشكال مختلفة محتملة من التنظيم الاجتماعى، وقد نكون على خطأ إذا اعتقدنا أن النظام الهرمى الاجتماعى هو صفة مميزة من صفات أقرب الأنواع إلينا.



## الفصل الثامن

### أمراض التفسخ

إن الأمراض الأقوى علاقة بالمركز الاجتماعي - الاقتصادي داخل كل دولة تختلف من دولة إلى أخرى، ففي فرنسا مثلاً تفاوتات كبيرة جداً في مسببات الوفاة المتعلقة بالكحول وفي أمراض السرطان، في حين أنه بالنسبة للوفيات من مرض القلب لديها درجة ميل عكسي طفيف. وعلى عكس فرنسا توجد في كل من السويد وإنجلترا تفاوتات أقل بكثير في الوفيات الناتجة عن أمراض السرطان، لكنهما تبيان معدلات من مرض القلب تزداد إلى حد كبير مع الهبوط في السلم الاجتماعي (كونست Kunst ومكنباك Mackenbach، قيد النشر ١٩٩٦). ويبدو أن هناك اتجاهاً لدى الدول التي توجد فيها معدلات وفيات عالية من سبب معين بصورة غير عادية - لأن تكون فيها فوارق اجتماعية - اقتصادية كبيرة جداً في معدلات الوفيات من ذلك السبب نفسه. وتشمل الأمثلة الوفيات المتعلقة بشرب المواد الكحولية في فرنسا والوفيات بسبب العنف في الولايات المتحدة والموت من مرض القلب والأمراض التنفسية في إنجلترا وويلز. وقد يعنى هذا ضمناً أن أسلوب حياة المجموعات الاجتماعية - الاقتصادية الأعلى ذو صبغة عالمية أقوى وهو بالتالي أكثر تجانساً بين الدول. وفي المقابل قد يكون هناك احتمال أكبر في أن تظهر المجموعات الاجتماعية - الاقتصادية الأدنى الصفات الثقافية الخاصة بكل دولة.

ولكن رغم الاختلافات من دولة لأخرى في الأمراض الأوثق علاقة بمدى عدم المساواة الاجتماعية - الاقتصادية ضمن كل دولة، فلا يزال بإمكاننا أن نسأل عن وجود أية مؤشرات تدل على أنماط مشتركة تتكرر في عدد من الدول. هل تتجه بعض أسباب الوفاة إلى أن تكون أعلى حيث تكون الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية أو الفوارق في الدخل أكبر؟

إن الأعمال الأخيرة التي كان القصد منها إلقاء الضوء على طبيعة العلاقة (التي ورد وصفها في الفصل الخامس) بين توزيع الدخل ومتوسط العمر المتوقع قسمت الارتباط بمتوسط العمر المتوقع إلى معدلات وفيات من أسباب محددة تسهم في ذلك المتوسط (ماكايواك

McIsaac وولكنسون ١٩٩٥). وكان الهدف معرفة ما إذا كانت هناك بعض أسباب الوفاة التي لها علاقة وثيقة بشكل خاص مع توزيع الدخل في تفاوته بين عدد من الدول التي تتمتع باقتصاد سوق قوى. فإذا كان الأمر كذلك فقد يكون في نوع أسباب الوفيات ذى الصلة علامة تشير إلى شيء من العمليات الاجتماعية الكامنة وراء تلك العلاقة.

ورغم بعض الصعوبات المنهجية الهامة برز نمط واضح ومعقول إلى حد لا بأس به. ففي حين تتجه جميع التصنيفات السببية الرئيسية - الأمراض السارية وأمراض السرطان ومرض القلب الإقفارى والأمراض الدورانية الأخرى والمرض التنفسي ومرض الكبد المزمن والحوادث - إلى الانتشار بصورة أكبر في الدول التي توجد فيها فوارق أكبر في الدخل، فإن بعضها أكثر تأثراً من البعض الآخر. وأضعف علاقة من بين المجموعات السببية الرئيسية هذه هي العلاقة بجميع أمراض السرطان. ووجدت أقوى العلاقات بتوزيع الدخل في الوفيات من مرض الكبد المزمن والتشمع الكبدى وحوادث المرور والأمراض السارية والموت من إصابات ناتجة عن أسباب غير حوادث المرور، وهذا السبب الأخير ينطبق بشكل خاص على الشباب الذكور. كل هذه الأسباب أبدت اتجاهاً إلى زيادة في الانتشار في الدول التي تزداد فيها الفوارق في الدخل. (وهذا لا يعنى أن الأمراض الأخرى، مثل مرض القلب، ليست على علاقة وثيقة مع فوارق الدخل في بعض الدول على الأقل. إنما يعنى فقط أن علاقتها ليست قوية في معظم الدول).

وإذا كان السبيل الرئيسى لتأثير توزيع الدخل على المعايير القومية للصحة هو من خلال مستويات الضغط النفسى المزمن فى المجتمع، فهذه إذن مجموعة من أسباب الموت يتوقع المرء بصورة معقولة أن تكون ذات علاقة بالأمر. ومن المرجح أن يتكون جزء كبير من الوفيات من مرض الكبد المزمن والتشمع الكبدى من الوفيات المتعلقة بتناول الكحول والمخدرات. (ومن المؤسف أن توزيع الوفيات المتعلقة بالمخدرات ينقسم فى التصنيف الدولى بين عدة عناوين مختلفة). وفى جميع طبقات المجتمع يستخدم الكحول (كما لاحظنا من قبل) لمساعدة الناس على الاسترخاء ولتسهيل الاتصال الاجتماعى ولدفن الأحزان والهروب من الظروف المسببة للضغط النفسى. وهناك عدد من المخدرات الأخرى المتنوعة التي قد تسهم فى مرض الكبد المزمن لها استخدامات مماثلة.

ولكن الأكثر إثارة للاهتمام هو مساهمة الحوادث. فلنأخذ أولاً معدلات الوفيات من حوادث الطرق التي ترتبط عالمياً بصورة وثيقة مع توزع الدخل. وفي حين أن أحد المكونات في هذه المعدلات له علاقة باحتساء الكحول، فمن المرجح أيضاً أن تكون الحوادث حساسة إلى حد كبير لموقف الناس تجاه بعضهم بعضاً في المجتمع بأكمله وللسلوك العام. ويأتى تأثير سلوك السائق على حوادث المرور فوق خلفية من التحسينات التقنية في تصميم السيارات والطرق وسلامتها اتجهت إلى التقليل من معدلات الحوادث عالمياً. ومع ذلك فما توحى به الإحصائيات هو أن معدلات الحوادث أعلى في الدول ذات الفوارق الأكبر في الدخل. وقد لا يكون هناك أى مؤشر آخر على معايير سلوك الناس نحو الآخرين المجهولين في المجتمع يعادل فى دلالتة أوجه طريقة قيادتهم للسيارات. فالسلامة تعتمد على مجاملة السائقين بعضهم لبعض، وعلى استعدادهم لفسح المجال عند معابر المشاة، وعلى التسامح تجاه الأخطاء الطفيفة، وعلى الانصياع لحدود السرعة القصوى وغيرها من أنظمة المرور، وعلى مراعاة سلامة المشاة، وخاصة الأطفال، فى شوارع المدن. وتزداد خطورة الشوارع والطرق كلما ازدادت لدى السائقين المنافسة والعدوانية وعدم التعاون ومخالفة القانون والرعونة وعدم مراعاة الآخرين. ومن المحتمل بطرق كثيرة أن يكون سلوك قيادة السيارات انعكاساً شديداً للحساسية للطريقة التي يرى الناس بها أنفسهم فى علاقتهم بأعضاء غير معروفين من الجمهور فى المجتمع بأسره. هل ينظر الناس إلى أعضاء الجمهور الآخرين على أنهم رفاقهم المواطنين الذين تعتمد رفاهة كل منهم على الآخرين بصورة متبادلة أم يرى الواحد منهم الآخر أنه ليس سوى عقبة فى طريقه؟

وبالطبع لا ينطبق هذا على سلامة الطرق وحدها؛ فالحوادث الأخرى غير المرورية مرتبطة بتوزع الدخل، وخاصة إذا تم قياس توزع الدخل بين الشبان والشابات العازبين الذين ليس لديهم أطفال والذين يعيشون حياة معرضة للحوادث بصورة خاصة (ماكايلاك ولكنسون ١٩٩٥). وتشمل هذه الحوادث بعض الوفيات التي تسببها المخدرات وستتأثر جزئياً بمدى القيمة التي يضعها الناس لحياتهم بالذات. وكثيراً ما يعنى الاهتمام بسلامة الآخرين تجنب الأخطار التي قد تؤذى الغافلين. وتقادى تعريض الآخرين لجميع أنواع المخاطر والمجازفات يعنى احترام رفاهة الآخرين المجهولين والتفكير فى حمايتهم. والمجتمعات الآمنة هى المجتمعات

الجيدة التنظيم، التي يكون مستوى التخريب المتعمد للممتلكات فيها منخفضاً، ويكون إحساس الناس بأنفسهم على أنهم جزء من مجتمع ذى مصالح مشتركة.

وبالإضافة إلى الكحول والحوادث، فإن الاتجاه لأن تكون معدلات الوفيات من الأمراض السارية أكثر ارتفاعاً في الدول ذات الفوارق الأكبر في الدخل يمكن فهمه أيضاً على أساس ما يعرف من تأثيرات يؤثر الضغط النفسي بها على النظام المناعي. وعلى الرغم من أن مرض القرب يرتبط بصورة وثيقة بفوارق الدخل في بعض الدول، فالرابطة بينهما ضعيفة بصورة عامة، رغم أنها بين النساء أقوى منها بين الرجال. وتوفر دراسات التأثيرات العصبية النفسية على الغدد الصماء تفسيرات محتملة لسبب العلاقة بين مرض القلب والضغط الاجتماعي - الاقتصادي.

وتعطي البيانات المتوافرة عن خمسين ولاية أمريكية قاعدة من أفضل القواعد الإحصائية التي يمكن الارتكاز عليها في تحليل تأثيرات توزيع الدخل. وكما رأينا في الفصل الخامس، تبين الدراسات التي استخدمت هذه البيانات النمط المتوقع من معدلات الوفيات الإجمالية الأعلى في الولايات التي تبلغ عدم المساواة في الدخل فيها أقصى مدى لها (كابلان وآخرون G. A. Kaplan et al. ١٩٩٦؛ ب. ب. كينيدي وآخرون B. P. Kennedy et al. ١٩٩٦). ولا تتغير العلاقة كثيراً حين يتم ضبطها وفق التأثيرات الأضعف كثيراً التي تنجم عن الدخول المتوسطة أو وفق الفقر المطلق. ولكن ما يثير الاهتمام على نحو خاص ضمن السياق الحالي هو أن الرابطة بين توزيع الدخل وكل من معدل جرائم القتل ومعدل جرائم العنف أقوى حتى من الرابطة بين توزيع الدخل وإجمالي الوفيات. وبين الشكل (٨ - ١) الارتباط بين معدلات القتل وحصة النصف الأقل ثراء من السكان من إجمالي دخل الأسر عبر ست وأربعين ولاية تتوافر بيانات عنها (أنا مدين لكابلان ولينش Lynch اللذين كانا شديدي الكرم وزوداني بهذه البيانات قبل أن ينشراها) (انظر كابلان وآخرون ١٩٩٦). ويزيد التعديل حسب لوغاريتم الدخل الوسيط في كل ولاية قوة الارتباط من مقدار (٠.٧٢) بالمائة ( $P < ٠.٠٠١$ ) المبين في الشكل (٨ - ١). وتوحى معاملات الارتباطات هذه أن فوارق عدم المساواة في الدخل قد تفسر ما قد

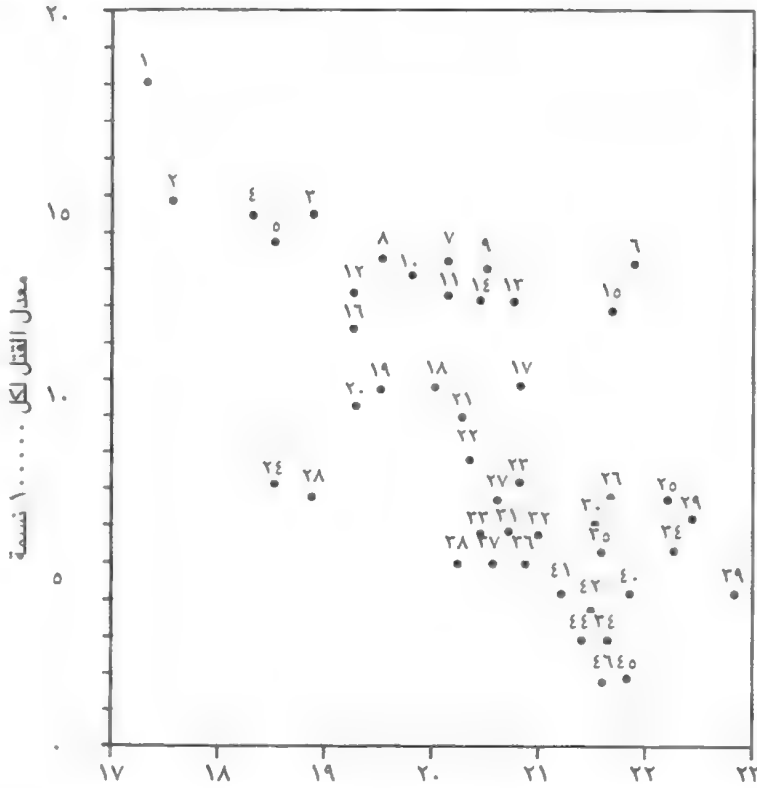
يصل إلى نصف الفوارق الكبيرة جداً في معدلات القتل من ولاية لأخرى (وهي تتفاوت من ٢ إلى ١٨ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة في العام). والتقارير السابقة التي تظهر أن معدلات القتل في الولايات المتحدة أوثق ارتباطاً بعدم المساواة في الدخل منها بالفقر المطلق تؤكد هذه النتائج (بلاكويل Blackwell ١٩٩٠؛ كرتشفيلد Crutchfield ١٩٨٩؛ بلاوس Blaus وبلاوس ١٩٨٢؛ كرى Currie ١٩٨٥).

وقد وجد تقرير أسبق من هذه الدراسات بزمان طويل - مستخدماً بيانات من الفترة ١٩٦٧-١٩٧٣ م مأخوذة من المناطق المدنية الإحصائية القياسية في الولايات المتحدة - علاقات واضحة بين معظم التصنيفات الرئيسية للجريمة وحجم "فجوة الدخل" بين دخول أفقر (٢٠) بالمائة من السكان والدخول المتوسطة في كل منطقة (برينويت Braithwaite ١٩٧٩). والاختلافات الوطنية في تصنيف الجريمة والإبلاغ عنها تشكل عقبة جدية للدراسات المقارنة الدولية. والقتل هو أحد تصنيفات الجريمة القليلة التي تتيح القيام بمقارنات عبر البلاد. وباستخدام بيانات من إحدى وثلاثين دولة بين برينويت وبرينويت (١٩٨٠) أيضاً علاقة ذات دلالة إحصائية بين ازدياد عدم المساواة في الكسب ومعدلات القتل الأعلى. ووجد ميسنر Messner (١٩٨٢) أن مدى عدم المساواة في الدخل يفسر (٣٥) بالمائة من الفوارق في معدلات القتل بين تسع وثلاثين دولة توافرت له بيانات عنها.

وكون الروابط بين الجريمة وعدم المساواة في الدخل تتوازي إلى حد ما مع الروابط بين الصحة وعدم المساواة له دلالة كبيرة على القنوات التي تتأثر الصحة من خلالها. فهو لا يعطى تأكيداً مستقلاً بأن لتوزع الدخل تأثيرات نفسية هامة على المجتمع فحسب، بل يبين أن التأثيرات تتماشى مع وجهة النظر القائلة إن اتساع فوارق الدخل يسبب الانقسام في المجتمع. بل إن هناك أقوالاً بأنها تقوض شرعية المؤسسات الاجتماعية على نطاق أوسع. وقد وجدت دراسة قاست (ربما بصورة مريحة بشكل مبالغ فيه) الاضطرابات السياسية في دول وصلت مراحل مختلفة من التطور بمعدل الوفيات الناجمة عن أعمال الشغب والتفجيرات والاعتقالات أن هذه الوفيات ترتبط أيضاً بتوزع الدخل (بافين Pavin ١٩٧٣).



الشكل (٨-١): العلاقة بين توزيع الدخل وجرائم القتل في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٠ م



الحصة المئوية من إجمالي دخل الأسر التي يتلقاها أفقر (٥٠) بالمائة من السكان

١ لويزيانا ٢ ميسيسيبي ٣ تكساس ٤ نيويورك ٥ ألاباما ٦ ماريلاند ٧ كاليفورنيا ٨ جورجيا  
٩ كارولينا الجنوبية ١٠ فلوريدا ١١ إيلينوى ١٢ تينيسى ١٣ كارولينا الشمالية ١٤ ميشيغان ١٥ نيفادا  
١٦ أركنسو ١٧ فرجينيا ١٨ ميزوري ١٩ نيومكسيكو ٢٠ أوكلاهوما ٢١ أريزونا ٢٢ بنسلفانيا ٢٣ نيو جيرسي  
٢٤ كنتكي ٢٥ ديلاوير ٢٦ إنديانا ٢٧ أوهايو ٢٨ فرجينيا الغربية ٢٩ ألاسكا ٣٠ واشنطن ٣١ رود آيلاند  
٣٢ كولورادو ٣٣ كونيتيكت ٣٤ ويسكنسن ٣٥ وايومنغ ٣٦ كانساس ٣٧ مونتانا ٣٨ ماساتشوستس  
٣٩ يوتا ٤٠ هاواي ٤١ أوريغون ٤٢ منيسوتا ٤٣ نبراسكا ٤٤ أيداهو ٤٥ مين ٤٦ أيوا.

المصادر: بيانات مأخوذة من إحصاء السكان والمركز الوطني للإحصائيات الصحية، من وضع كابلان وباموك Pamuk  
ولينش Lynch وكوهين Cohen وبلفور Balfour (١٩٦٦) الذين تفضلوا بتقديمها للنشر في هذا الكتاب.

والارتباط بين توزع الدخل من جهة والقتل والجرائم العنيفة والوفيات المتعلقة بالمشروبات الكحولية وحوادث المرور والوفيات من إصابات أخرى يعطى دعماً قوياً لوجهة النظر القائلة إن للفوارق في توزع الدخل تأثيرات نفسية - اجتماعية واسعة الانتشار. وعلى الرغم من أن هذه الأنماط، كما رأينا، لا تنطبق في جميع الدول؛ فإنها تجد أصداء قوية في أنماط عدم المساواة الاجتماعية في بعض الدول. وقد وجدت دراسة في هارلم Harlem، وهي من المناطق التي تعاني أعلى درجات الحرمان في مدينة نيويورك أن معدلات الوفيات كانت أعلى بالنسبة لغالبية الأعمار بعد سن الرضاعة مما هي عليه في أرياف بنغلادش (ماكورد McCord وفريمان Freeman ١٩٩٠). بل إن للصبي الذي يولد وينشأ في هارلم فرصة أقل في أن يصل إلى سن الخامسة والستين من رضيع في بنغلادش. وبالنسبة للرجال والنساء الذين يقلون عن (٦٥) عاماً كانت المخاطر النسبية في هارلم بالمقارنة مع باقى الولايات المتحدة في أعلى درجاتها بالنسبة للوفيات من المخدرات والقتل والكحول وتشمع الكبد، بهذا التسلسل نفسه. وقد بلغ مجموع الوفيات من تشمع الكبد والكحول والقتل والمخدرات معاً نحو (٤٣) بالمائة من الوفيات الزائدة و (٣٠) بالمائة من جميع الوفيات. وهذا النمط من ارتفاع الوفيات في المناطق المحرومة - والذي يتشابه في نواح كثيرة مع النمط المرتبط بعدم المساواة في الدخل على مستوى كل من الولايات المتحدة والعالم ككل - يعطى صورة معقولة جداً عن ارتفاع الوفيات المرتبط بالتأثيرات المباشرة للإقصاء الاجتماعي.

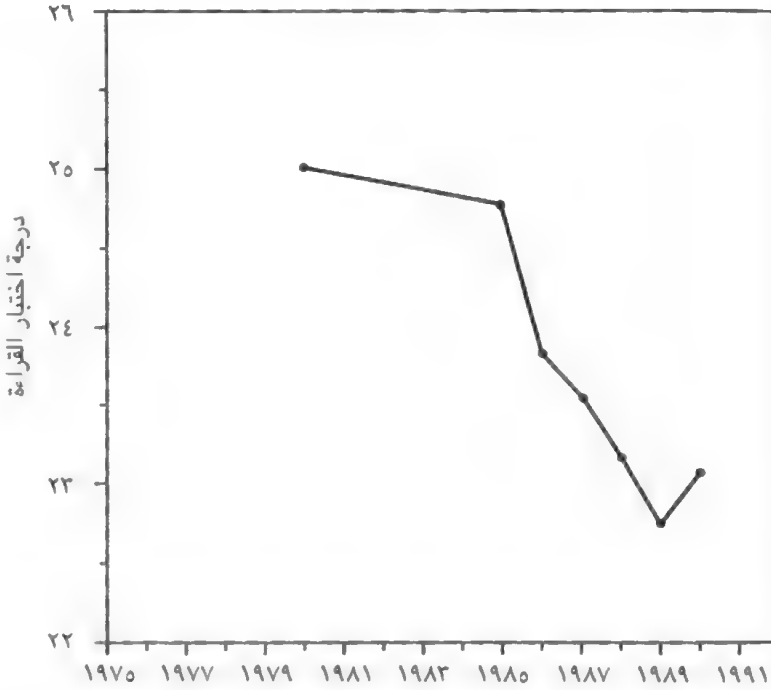
وتوحى العلاقة بين توزع الدخل وأسباب الوفيات الاجتماعية في ظاهرها ضمناً بوجود تأثيرات نفسية - اجتماعية لتوزع الدخل يحتمل أن يكون لها نتائج اجتماعية ملحوظة أخرى. والتأثيرات التي رأيناها على أنماط الوفيات هي أسهل ما يمكن تتبعه من النتائج بسبب توافر بيانات عن الوفيات يمكن مقارنتها عالمياً. ورغم أنه تم في الولايات المتحدة إظهار روابط بين توزع الدخل من جهة والقتل وبعض أنواع الجريمة الأخرى ونسبة السجناء من السكان من جهة أخرى (كابلان وبرينويت ١٩٧٩). فكثيراً ما تكون البيانات الواضحة غير متوافرة بالنسبة لمؤشرات اجتماعية أخرى قد تعكس التأثيرات النفسية - الاجتماعية لتوزع الدخل.

وقد يعنى الافتقار إلى بيانات يمكن مقارنتها عالمياً أن من الأسهل أحياناً النظر إلى النزعات عبر الزمن ضمن دولة واحدة من مقارنة دول مختلفة في نقطة معينة من الزمن. وفي العادة تكون التغيرات في توزيع الدخل من الصغر والبطء بحيث لا يكون من المعقول أن نتوقع إمكانية التعرف على تأثيراتها. بل إن علماء الاقتصاد اعتادوا النظر إلى فوارق الدخل على أنها عامل ثابت غامض، يكاد يكون من المستقرات الاقتصادية. ولكن في بريطانيا أثناء الثمانينيات من القرن العشرين اتسعت فوارق الدخل بسرعة أعلى من أية سرعة سبق تسجيلها وأعلى من سرعتها في أية دولة متقدمة أخرى (مع إمكانية استثناء نيوزيلندا) (هيلز Hills ١٩٩٥). وقد أوضحت النزعات في الشكل (٥ - ٩). والنقطة التي يجب ملاحظتها هي أنه بعد أن اتسع توزيع الدخل ببطء بدأ يتسع بسرعة عالية جداً من نحو عام ١٩٨٥م. وهذا يعطى فرصة هامة للبحث عن البصمة النفسية - الاجتماعية لازدياد فوارق الدخل.

وكما رأينا في الفصل الخامس، فإن اتساع الفوارق أثناء السنوات الأخيرة من الثمانينيات رافقه تباطؤ في معدل التحسن في معدلات الوفيات القومية بين مجموعات الأعمار الأدنى من (٤٥) سنة (الشكل ٥ - ١٠)، كما رافقه ازدياد في فوارق معدلات الوفيات بين المناطق الأغنى والأفقر في البلاد (فيليمور وآخرون Philimore *et al.* ١٩٩٤؛ ماكلون McLoone وبُدَي Boddy ١٩٩٤؛ مجلس صحة جلاسجو Glasgow الكبرى ١٩٩٣). ويبدو أن هذا النمط رافقه نمط مماثل بصورة تامة تقريباً في نتائج اختبارات ملكة القراءة لدى الأطفال (ولكنسون ١٩٩٤ ج). فحيث إن سلطات التعليم المحلية Local Education Authorities في بريطانيا تجرى اختبارات لمستوى القراءة لطلاب المدارس الابتدائية كل عام؛ فإن هذا أحد مقاييس النتائج القليلة الحساسة من الناحية النفسية - الاجتماعية التي تتوافر لها بيانات واضحة. وكان أول تحذير عن انحدار في المستويات قد صدر عن مجموعة غير مسماة من علماء النفس التربويين الذين قالوا إن مستويات القراءة تدنت في سلطات التربية المحلية التي يعملون بها، خاصة خلال الفترة منذ عام ١٩٨٥م (جورمان Gorman وفرنانديز Fernandes ١٩٩٢). وبالإضافة إلى ما أثاره ذلك من النقاش حول طرق التدريس فقد حفز أيضاً إلى إجراء المزيد

من البحث. وقد قام مجلس الامتحانات والتقويم فى المدارس Schools Examinations and Assessment Council بتكليف المؤسسة القومية للبحوث التعليمية National Four-dation for Educational Research بمراجعة أدلة التغير فى مستويات القراءة لدى الأطفال فى سن السابعة أثناء الثمانينيات من القرن العشرين. وقد بدأت المؤسسة بتصيد سلطات التربية المحلية التى لديها سجلات لنتائج اختبارات القراءة للأطفال. وذكرت تسع عشرة سلطة من أصل ست وعشرين استجابت للمؤسسة أن المستويات تدهورت وأن الاتجاه الهابط "برز بأوضح صورة بعد عام ١٩٨٥" (جورمان وفرنانديز ١٩٩٢). وخشية أن يكون انطباع التدهور ناتج عن تحيز فى التقارير، نظرت المؤسسة إلى النتائج من عينة عشوائية من المدارس. وبسبب تغييرات فى امتحانات القراءة اضطرت اللجنة إلى حصر مقارنتها فى الفترة ١٩٨٧ - ١٩٩١. وقد أكدت النتائج أن هناك بالفعل تدهوراً فى مستويات القراءة. وأخيراً قام علم نفسى تربوى فى سلطة التربية المحلية فى بكنجاشير Buckinghamshire - حيث استخدمت امتحانات القراءة نفسها لجميع الأطفال فى مدارس السلطة خلال الثمانينيات بأكملها - بتحليل الاتجاهات فى مستويات القراءة لديهم. وتظهر النتائج فى الشكل (٨ - ٢) الذى يجب مقارنته مع الشكل (٥ - ٩) (ص ١٢٨) والشكل (٥ - ١٠) (ص ١٢١). ويقول المؤلف تعليقاً على التدهور إنه "من الواضح أن عام ١٩٨٥ هو سنة فاصلة كما توحى بذلك أيضاً بيانات ترنر Turner" (ليك Lake ١٩٩١). وتوافق جميع السلطات على وجود تدهور فى مستويات القراءة برز بصورة شديدة الوضوح منذ عام ١٩٨٥ م.

الشكل (٨-٢): التدهور في مستويات القراءة (درجات اختبار تشيلترن Chiltern للقراءة لجميع تلاميذ بكنجامشر البالغة أعمارهم ٧ - ٨ سنوات)



المصدر: م. ليك M. Lake، اللغة والتعلم *Language and Learning*، حزيران (يونيو)، العدد ٦، ١٩٩١ .  
ومنذ البداية ألقى وزراء التربية المحافظون مسئولية التدهور في مستويات القراءة على ما يدعى بطريقة "الكتب الحقيقية" في تعليم القراءة، لكن الباحثين لم يجدوا ارتباطات ذات شأن بين طريقة التدريس وأداء الأطفال في القراءة. بل إن أقلية صغيرة من المدارس استخدمت طريقة الكتب الحقيقية، وإذا كان ثمة تغير في عدد تلك المدارس خلال الفترة فهي قد قلت. وعدم وجود ارتباط بطرق تعلم القراءة أمر أكدته تقرير من السلطة التعليمية في كرويدون Croydon قال إن هناك تدهوراً موازياً في أداء الأطفال في الرياضيات (بلدة كرويدون اللندنية London Borough of Croydon ١٩٩٢). ومعاملات الارتباط الوحيدة للانحدار في المستويات هي خصائص المنطقة الاجتماعية - الاقتصادية. وذكرت المؤسسة القومية للبحوث التربوية في تقريرها أن نصف المدارس التي هبطت المستويات فيها كانت في مناطق

تجمعات حضرية ومراكز صناعية، في حين لم تظهر أية مدرسة ارتقاء في الأداء في داخل المدن أو في مناطق تعاني الحرمان (جورمان وفرنانديز ١٩٩٢). ولم يكن الأمر هبوطاً شاملاً في مستويات القراءة بقدر ما كان زيادة في نسبة الأطفال في المجموعة الحاصلة على أدنى الدرجات. وفي بكنجامشر كان النمط السائد هو هبوط المستويات بين المدارس في أكثر الأحياء فقراً، وكان هبوطاً أكثر من اللازم لموازنة التحسينات الصغيرة التي شهدتها المدارس في المناطق الأفضل. وهذا بالضبط هو النمط الذي رأيناه كامناً وراء اتجاهات الوفيات. وقد اقترح أحد الاختبارات النفسية، بعد تأكيد عدم العلاقة بين التأثير والمدارس نفسها، أن المشكلة ترتبط بتدهور في نوعية الخلفية المنزلية للأطفال الأضعف قدرة على القراءة (ليك ١٩٩١).

ولا يمكن أن يوجد شك كبير في أن قدرات القراءة لدى الأطفال تأثرت بارتفاع عدم المساواة المادية بنفس الطريقة إلى حد كبير مثل معدلات الوفيات لدى الرضع والأطفال عموماً والأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ضمن سن الأبوة أو الأمومة (الشكل ٥ - ١٠، ص ١٣١). فالنمط الاقتصادي - الاجتماعي وتوقيت النزعات يكادان يكونان متطابقين تماماً.

بين عامي ١٩٧٩م و١٩٩١م ازدادت بمقدار ثلاثة أضعاف نسبة الأطفال الذين يعيشون ضمن عائلات يقل دخلها عن نصف المعدل القومي والذي هو خط فقر الدخل النسبي في الاتحاد الأوروبي (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). ومع كون نحو ثلث أطفال الدولة يأتون من بيوت تعيش في فقر نسبي، فمن الأرجح أنه في المناطق أكثر فقراً ما يصل إلى نصف الطلاب في كل فصل دراسي أو ثلثيهما يأتون من عائلات تواجه مشكلات الفقر. ومن المحتم أن يصبح التدريس والتعلم أكثر صعوبة في ظل هذه الظروف. فسيكون في الفصول عدد أكبر من الأطفال المشاغبين والأطفال الذين يعانون مشكلات سلوكية واضطرابات عاطفية. وتأتي إشارة في الاتجاه نفسه من ازدياد حالات الطرد من المدارس التي وثقتها المركز الاستشاري للتربية Advisory Centre for Education خلال الأعوام ١٩٨٦ - ١٩٩١م (المركز الاستشاري للتربية ١٩٩٣). وشهدت هذه السنوات نمواً سريعاً في عدد حالات الطرد من كل من المدارس الابتدائية والثانوية. وعلى الرغم من الاحتمال الظاهري في أن

تكون المدارس قد غيرت موقفها من الأطفال "غير المتجاوبين" وأخذت تطرد عدداً أكبر منهم نتيجة إدخال سياسة "الإدارة المحلية للمدارس"، فإن المركز الاستشاري للتربية ذكر أنه لا توجد علاقة إحصائية بين المعدل الذى فوضت به سلطات التربية المحلية المدارس باختصاصاتها فى المناطق المختلفة والمعدل الذى ازدادت به حالات الطرد.

وتوحى عدة تقارير على أساس أدلة ضعيفة نوعاً ما أنه حدث ازدياد فى نسبة الأطفال نوى الاضطرابات السلوكية. وبالتأكيد فإن (٤٠) سلطة تربية محلية من أصل (٥٢) أجابت على استفسار طرح عليها بأن تكرر المشاكل السلوكية فى مدارسها قد ازداد (بناثان Benathan وسميث Smith ١٩٩١). وكان لدى سلطة واحدة فقط اعتقاد معاكس.

وهناك عدد من النزعات الأخرى التى تعطى فكرة عن تأثيرات ازدياد فوارق الدخل فى بريطانيا خلال أواخر الثمانينيات. فمنذ عام ١٩٨٧م ارتفعت جرائم العنف فى إنجلترا وويلز بمعدلات لم يسبقها مثيل، وبأسرع من أى وقت منذ الحرب العالمية الثانية. وفى مسح شامل للأبحاث عن الموضوع يفسر جيمس James هذا الارتفاع بأنه جزئياً تأثير متخلف للضغط النفسى الذى يعاينه العدد المتزايد بسرعة من العائلات ذات الأطفال التى تعيش فى فقر نسبى وجزئياً التأثيرات الفورية للفقر النسبى. وقد ازداد الفقر النسبى بسرعة أكبر فى أوائل الثمانينيات بين العائلات ذات الأطفال مما ازداد فى قطاعات المجتمع الأخرى. ويبين جيمس أن الشبان العنيفين كانوا فى كثير من الأحيان عنيفين وهم أطفال، وأن أهم عوامل الخطر سرعة غضب الوالدين وتنافرهما، بالإضافة إلى الكآبة والعنف الناجمين عن الفقر النسبى. وهو يسوق أدلة مقنعة جداً على أن الزيادة السريعة بصورة استثنائية فى "العنف ضد الأشخاص" يمكن عزوها بصورة مباشرة إلى اتساع الفوارق فى الدخل.

ورغم أن معدلات الانتحار كثيراً ما ترتبط عكسياً بالعنف ضد الآخرين، فقد ارتفعت معدلات الانتحار فى بريطانيا بين الشبان البالغة أعمارهم (١٥-٢٤) عاماً بمعدل (٧٥) بالمائة خلال منتصف وأواخر الثمانينيات من القرن العشرين (مكتب التعداد والمسوح

السكانية ١٩٩١). وقد أثبت أن الازدياد يتعلق بتزايد عدم المساواة الاجتماعية -الاقتصادية. بل من المؤكد أن ازدياد الانتحار كان العنصر الرئيسي في ارتفاع معدلات الوفيات بين الشبان والشابات (٢٠ - ٢٩ عاماً) في أكثر مناطق الرموز البريدية فقراً في أسكتلندا بين عامي ١٩٨١م و١٩٩١م (ماكلون وبدي ١٩٩٤). ومع ازدياد الحرمان النسبي في تلك المناطق ازدادت معدلات الوفيات الناجمة عن "جميع الأسباب" بين الشبان بمعدل (٢٩) بالمائة وبين الشابات بمعدل (١١) بالمائة. ومن المحتمل أن يكون ازدياد الانتحار على علاقة وثيقة جداً بارتفاع البطالة (بلات Platt وكريتمان Kreitman ١٩٨٤).

ولكن على المستوى العالمى لا يبدو أن الانتحار أكثر شيوعاً في الدول التي تتصف بفوارق أوسع في الدخل - بل إن هناك مؤشرات على أن العكس صحيح (ماكايلاك وولكنسون ١٩٩٦). ومن المرجح أن تعكس الصورة العالمية علاقة عكسية بين معدلات الانتحار والقتل لوحظت قبل دراسة دركايم Durkheim الشهيرة للانتحار وبعدها (فرى Ferri ١٨٩٥؛ دركايم ١٩٥٢؛ جيمس ١٩٩٥). والمعنى الضمنى هو أن توجه الغضب والمرارة إلى الداخل أم الخارج ولوم الذات أو لوم الآخرين يتأثران بالسياق الاجتماعى. وعلى الرغم من الربط بين الانتحار والبطالة في بريطانيا، تختلف الصورة في بعض أجزاء الولايات المتحدة. فمن بين سبعة عشر سبباً للموت أوضححتها دراسة للوفيات في هارلم، كان الانتحار هو السبب الوحيد الأدنى فعلياً في معدلاته مما كان عليه بين البيض في الولايات المتحدة بأكملها (ماكورد McCord وفريمان Freeman ١٩٩٠).

وبين أوائل الثمانينيات من القرن العشرين وعام ١٩٩١م ازدادت جرائم التعامل بالمخدرات التي سجلتها الشرطة في بريطانيا إلى أكثر من ضعفين. وقد ازدادت جرائم المخدرات بين الشباب بسرعة شديدة (مؤسسة جوزيف راونترى Joseph Rowntree Foundation ١٩٩٢). والزيادة التي وصلت إلى أربعة أو خمسة أضعاف في الوفيات من شم الغراء ومواد متطايرة أخرى توحى أن التغير لم يكن مجرد تغير في الإبلاغ (تايلر وآخرون Tyler et al. ١٩٩٢). وقد ذكر معهد دراسة الاعتماد على المخدرات The Institute for the Study of Drug Dependence



أن أنماط تعاطى الشباب للمخدرات التى كانت ثابتة نسبياً فى منتصف الثمانينيات تقلقت فى أواخر الثمانينيات، ومع حلول التسعينيات تزايد تعاطى المخدرات المعروفة مثل الحشيش والمذيبات والأمفيتامينات والفطر السحرى وحدث ارتفاع مفاجئ فى تعاطى عقار النشوة وإل إس دى. وقد تم أيضاً تقصى الروابط بين ازدياد الفقر النسبى وتعاطى المخدرات والجريمة خلال تلك الفترة فى دراسة محلية لشبه جزيرة ويرال Wirral فى ليفربول (باركر وآخرون ١٩٨٨).

وإحدى الطرق التى يمكن بها للظروف الاجتماعية - الاقتصادية أن تحدث أضراراً نفسية وعاطفية دائمة هى من خلال ازدياد مستوى الضغط النفسى الذى يحيط بالحياة المنزلية؛ فالبينة الاجتماعية والاقتصادية تأتى بكثير من الصعوبات التى تضطر الحياة المنزلية لمواجهتها والتى لا يمكن فصلها عن سلسلة مما يسمى بالمشكلات العائلية. والأمر لا يقتصر على تبلور الهموم بشأن المال والعمل والسكن على شكل نزاعات عائلية حين تصبح الأمزجة سريعة الاستثارة ويجد الآباء والأمهات أن قدرة الصبر والاحتمال المتبقية لديهم قد تضاعفت. ولكن الافتقار إلى المال وإلى الخيارات وإلى مكان للعب والحاجة إلى مساحة داخلية كافية لإقامة النشاطات العائلية المتضاربة - وباختصار الافتقار إلى كل أنواع الموارد (بما فى ذلك الوقت) - يعنى أن تصطدم احتياجات الناس ومتطلباتهم بعضها ببعض. وكلما ازدادت شدة القيود التى تضطر العائلة للتقيد بها تقل المتطلبات التى يمكن تحقيقها، ويزداد تضارب المصالح. وكلما قلت الموارد تضعف القدرة على التغلب على الصعوبات والحوادث غير المتوقعة وتعويض ما يكسر أو يفقد. وكلما عظمت المصادر المحتملة للضغط النفسى والنزاع تزداد معاناة كل من الحياة العائلية والدعم الاجتماعى. وعلى سبيل المثال، وجدت دراسة لتأثير البطالة على الحياة الزوجية أن نصف الأزواج والزوجات ذكروا حدوث زيادة فى عدد المجادلات، وقال الثلث إن أحد الزوجين ترك المنزل بصورة مؤقتة أو فكر بالقيام بذلك (برجوين ١٩٨٥). وتقلصت الحياة الاجتماعية ودائرة أصدقاء الزوجين. وأظهرت دراسات أخرى ما كان متوقعاً من أن الحرمان يسبب

الضغط النفسى والمكانة الاجتماعية - الاقتصادية تؤثر فى "القدرة والأسلوب العزوى" (ويتون Wheaton ١٩٨٠). وأن الصعوبة الاقتصادية تقلل من قدرة الناس على القيام بأدوارهم، سواء كان دور "عائل الأسرة" أو "ربة المنزل"، وهى لذلك تسبب الاكتئاب (روس Ross وهيوبر Huber ١٩٨٥). ووجدت دراسة سويدية أن الشقاق العائلى فى الطفولة يرتبط بزيادة مقدارها أكثر من (٥٠) بالمائة فى الوفيات بين الرجال والنساء البالغين من العمر (٣٠ - ٧٥) عاماً (لندبرج Lundberg ١٩٩٣).

وفى الواقع ذكرت هذه الدراسة الأخيرة أن معدلات الوفيات بين الكبار الذين تعرضوا للشقاق العائلى فى طفولتهم أعلى من معدلاتها بين الذين تعرضوا فى طفولتهم لصعوبات اقتصادية. وبصورة مماثلة، فى جماعة من (١٧٠٠٠) شخص تم تتبعهم منذ ولادتهم عام ١٩٨٥م وجد باور Power أن أفضل ما تنبأ بصحتهم وهم فى سن الثالثة والعشرين كان تقويم معلمهم لسلوكهم وهم فى سن السادسة عشرة؛ فالذين حدد معلمهم بناء على استعمال مقياس رتر السلوكى Rutter Behaviour Scale أنهم يظهرون سلوكاً "منحرفاً" - أى "اضطرابات عاطفية أو سلوكية" - حصلوا فى سن الثالثة والعشرين على درجات أقل بكثير فى مقاييس الصحة، حتى بعد أخذ عوامل اجتماعية واقتصادية أخرى بعين الاعتبار (باور وآخرون ١٩٩١). وقد تعكس مثل هذه النتائج الخاصة بالأهمية النسبية للعوامل المادية والنفسية مشكلات فى القياس، لكنه من المرجح أن تشير إلى أن تأثيرات العوامل الاقتصادية تنتقل إلى حد كبير عبر سبل نفسية - اجتماعية. وبمعرفة أن العوامل الاقتصادية تزيد أخطار المصاعب النفسية - الاجتماعية - ولكنها ليست على الإطلاق السبب الوحيد لها - فمن الممكن تماماً أن تكون الروابط بين العوامل النفسية - الاجتماعية والصحة أقوى من الروابط بين العوامل المادية والصحة، بل إن كون الأمر كذلك يوحي أن العوامل النفسية - الاجتماعية توفر الروابط الأساسية بين المعوقات المادية والصحة.

وحتى بدون أن تبين هذه الأمثلة أن سلسلة من المشكلات تزداد سوءاً مع اتساع الفوارق فى الدخل؛ فإن قوة الارتباط بين الحرمان المادى النسبى وعدد من المشكلات

الاجتماعية أمر مألوف لدى الجميع. فكلنا نعرف أن المناطق الفقيرة، بالإضافة إلى تدهور الصحة فيها، حائزة على أكثر من نصيبها من الجريمة وضعف الأداء الدراسي وتعاطي المخدرات والعنف. وعلى سبيل المثال، معامل الارتباط بين درجات الحرمان التي تعطيها وزارة البيئة للسلطات التعليمية المحلية ونتائج اختبار الشهادة الثانوية العامة GCSE للبالغين من العمر (١٦) عاماً هو (٠,٨١)، مما يوحي أن ثلثي الاختلاف في النتائج بين المناطق هما انعكاس للاختلافات في الحرمان (ومعامل الارتباط بين درجة الحرمان نفسها والوفيات كانت ٠,٧٦ لدى الرجال و ٠,٥٨ بين النساء) (موريس وآخرون Morris et al ١٩٩٦). ويبين مؤشر آخر للحرمان وهو مؤشر تاونسند The Townsend Index - ارتباطات بالوفيات أعلى (فيليمور وآخرون Philimore et al. ١٩٩٤).

وليس من الصعب تخيل كيفية العلاقة بين هذه القياسات الخاصة بالمناطق والظروف المنزلية والضغط النفسي الأسرى وحياة الأفراد من الأطفال. وإذا أخذنا الإساءة للأطفال باعتبارها جزءاً من الرأس الظاهر لمشكلة نزاع منزلي أكثر انتشاراً بكثير، فمن الملاحظ أن المصادر الثلاثة الأولى المساهمة في الضغط النفسي التي يدونها دارسو الحالات حين يسجلون كل حالة من حالات الإساءة للأطفال هي: المشكلات الزوجية والديون والبطالة (كريتون ١٩٩٢ Creighton). وتبين دراسة أجريت على (١٥٠٠٠) طفل أعمارهم (١٠) سنوات ولدوا عام ١٩٧٠م بوضوح مدى المشكلة الأوسع (انظر الشكل ١٠ - ٢، ص ٢٦٦). وقد كانت معدلات فرط النشاط في الطبقة الاجتماعية الرابعة (المهن اليدوية التي لا تتطلب مهارة) أعلى بأكثر من ثلاثة أضعاف ما هي عليه في الطبقة الاجتماعية الأولى (المهن الاحترافية) ومعدلات اضطرابات السلوك أكثر بمقدار أربعة أضعاف (وودروف وآخرون Woodroffe et al. ١٩٩٣).

وليبيئة العائلة الخارجية، أي الظروف التي يجب أن تجري الحياة المنزلية ضمنها، تأثير لا يستهان به على فرص الحفاظ على علاقات مستقرة ومتعاطفة أو بديل ذلك التفسخ من خلال النزاع والعنف. وأي شيء يزيد من توترات حياة الأسرة ومصاعبها يقلل من التسامح ويزيد من النزاع، وبذلك يضيف إلى أعداد الأطفال ذوي المشكلات السلوكية والصعوبات

فى التعلم، وإلى أولئك الذين يوجد بالنسبة لهم احتمال أكبر فى أن يكونوا عندما يكبرون عاطلين عن العمل ويتورطون فى المخدرات والجريمة. فالنزاع المنزلى يحطم بصورة بالغة سعادة الأطفال العاطفية وله تأثير يطفى إلى حد كبير على تأثير تربية الطفل من قبل أحد الوالدين بدلاً من تربيته من قبلهما معاً. وعلى الرغم من أن أطفال الآباء والأمهات المطلقين أو المنفصلين (تميزاً لهم عن الآباء والأمهات الذين يربون أطفالهم بشكل منفرد) يبدوون معوقات كبيرة فى النمو، فإن الدلائل - من دراسات تابعت أعداداً كبيرة من الأطفال - تشير إلى أن المعوقات تبدأ عادة قبل انفصال الزوجين وتعكس التأثير العاطفى للنزاع بين الوالدين الذى يؤدى إلى الطلاق أو الانفصال (وادزورث وآخرون Wadsworth *et al* ١٩٩٠؛ فرى وروبينسون Robinson ١٩٧٦). وإذا تم ضبط مقاييس نمو الأطفال التى تؤخذ بعد طلاق الوالدين بالمقاييس المأخوذة قبل الطلاق (والتي تكون فعالة فى ضبط المؤشرات الدالة على الضرر الذى يسبق الطلاق)، فلا توجد سوى إشارة ضعيفة جداً إلى حدوث ضرر إضافى يمكن عزوه إلى كون أحد الوالدين يتولى منفرداً تربية الطفل؛ فالعملية الأسرية أهم بكثير من بنية الأسرة (سويتنج Sweeting ووست West ١٩٩٥).

وفىما يتعلق بالمضامين الخاصة بالسياسة، من الهام جداً تمييز تأثيرات أن يكون الطفل يعيش مع أحد الأبوين فقط عن تأثيرات العيش فى فقر أشد وهو ما يحدث لمعظم الأطفال المحرومين من أحد الأبوين. ففي بريطانيا فى عام ١٩٩٠-١٩٩١م كان (٧٤) بالمائة من الأطفال فى الأسر التى لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين يعيشون على دخل أقل من نصف متوسط الدخل (دخل الأسر المعدل لأخذ عدد الأفراد فى كل أسرة بعين الاعتبار) (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). وهذا الارتفاع، من (٢٨) بالمائة فى ١٩٧٩م، يمثل زيادة أكثر من ضعفين ونصف فى نسبة جميع الأطفال المحرومين من أحد الوالدين والذين يعيشون فى فقر نسبى. وبدلاً من رؤية التأثيرات الاجتماعية العميقة لفوارق الدخل المتزايدة ولازدياد الفقر النسبى، فإن مسئولية سلسلة متنامية من المشكلات الاجتماعية تلقى على عاتق الأسر التى لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين. ولكن حين تجرى مقارنة أطفال من

تلك الأسر بأطفال يعادلونهم في الفقر قام كلا الأبوين بتربيتهم، فإن معظم الفوارق تختفي (ماكلناهان McLanahan ١٩٨٥؛ فرى ١٩٧٦). وعلى نحو مشابه، فإن أطفال النسبة الضئيلة من الأسر المرتفعة الدخل التي لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين يتماثلون في إنجازهم مع أطفال الأسر المرتفعة الدخل ذات الوالدين، ويبدو أن درجة الفقر تفسر جميع المعوقات التعليمية ومعوقات النمو.

وفي سياق الجدالات المتكررة حول تأثيرات نمو الطفل في أسرة لا يوجد فيها سوى أحد الوالدين، توضح أوجه الشبه والاختلاف بين السويد واليابان بعض الأمور. فهي تظهر بشكل واضح جداً أن المشكلة الأكثر أهمية ليست بنية الأسرة بل الفقر النسبي. فمن حيث بنية الأسرة نجدهما على طرفي نقيض؛ إذ إن اليابان، من بين الدول ذات اقتصاد السوق المتطور، هي الأكثر تمسكاً بالأسرة النووية التقليدية التي تضم كلا الأبوين، وعدد حالات الطلاق وحالات الولادة خارج إطار الزوجية قليل فيها. وعلى العكس من ذلك فإن أكثر من نصف إجمالي الولادات في السويد يأتي خارج إطار الزواج، ولا توجد نسبة أعلى من ذلك إلا في أيسلندا. ولكن على الرغم من الاختلافات الهائلة بينهما، فكلتاهما تتمتعان بأعلى مستويات صحة الأطفال ورفاهتهم. ومن حيث معدلات الوفاة بين الأطفال الأدنى سناً من خمس سنوات (وهو أهم مؤشر عالمي على رفاهة الأطفال يستخدمه صندوق رعاية الأطفال التابع للأمم المتحدة) تتمتع السويد بأدنى معدل وتليها مباشرة اليابان (صندوق رعاية الأطفال التابع للأمم المتحدة ١٩٩٣). وما تشترك به الدولتان أيضاً هو توزيع للدخل يتميز بمقدار من المساواة أكبر بكثير. ومرة أخرى من بين الدول ذات اقتصاد السوق المتطور تتميز اليابان بأدنى فوارق في الدخل وتليها السويد بفارق ضئيل بينهما. وتبين الأرقام المأخوذة عام ١٩٨٧ أن (٢) بالمائة فقط من الأسر التي لا يوجد فيها سوى واحد من الأبوين في السويد كانت تعيش في فقر نسبي (أقل من نصف متوسط الدخل) بالمقارنة مع (٢١، ٢) بالمائة في مجموعة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (هيويت Hewlett ١٩٩٣). وفي الولايات المتحدة كان نحو (٥٤) بالمائة من أطفال الأسر التي لا يوجد فيها

سوى واحد من الوالدين يعيشون في فقر نسبي (هيولت ١٩٩٣)، وهي نسبة توحى الأرقام الرسمية أنها قريية من النسبة التي كانت في المملكة المتحدة حين عقدت تلك المقارنات (وزارة التأمينات الاجتماعية ١٩٩٣). وهذا بلا شك جزء من تفسير السبب في أن معدلات الوفيات في سن الرضاعة بين الأطفال المولودين خارج إطار الزوجية في السويد أدنى حتى من معدلات وفاة الأطفال الرضع المولودين داخل إطار الزوجية في عائلات الطبقة الاجتماعية الأولى المؤلفة من المهنيين في بريطانيا (انظر الشكل ٥ - ٧) (ليون وآخرون *Leon et al.* ١٩٩٢). فالاختلاف إذن بين الدول التي ينعم فيها الأطفال بحياة جيدة والدول التي يعانون فيها هو ليس في بنية الأسرة بل بمدى الفقر النسبي بين عائلاتهم وأنواع الضغط النفسي التي يفرضها ذلك على حياة الأسرة.

ومن المعالم الأخرى الهامة في اليابان في السياق الحالي أنها قد تكون الدولة المتقدمة الوحيدة التي شهدت هبوطاً كبيراً في الجريمة على المدى الطويل. وصنف الجريمة الوحيد الذي لم يقل هو ذاك الذي تسميه الإحصائيات اليابانية "الجرائم الفكرية" - التي تعنى في الواقع النصب وجرائم نوى الياقات البيضاء (مكتب الإحصائيات، اليابان ١٩٩٠). وقد كان أكبر تناقص للجريمة في مناطق قلب المدينة حيث كانت دائماً في أعلى معدلاتها، وعكس بذلك تأثير تضائل فوارق الدخل على معدلات الجريمة خلال العقود التي تلت الحرب، كما ضعف باستمرار ارتباطها بالطبقات الاجتماعية وبالفقر (كليفورد Clifford ١٩٧٦). وتشمل أصناف الجريمة التي انخفضت - وهي بالتحديد القتل والسطو والاغتصاب والعنف والأذى الجسدي - الأصناف التي أثبت دائماً، في الدراسات العالمية وكذلك في الولايات المتحدة الأمريكية، أنها ترتبط بتوزع الدخل. ويستشهد أحياناً بالسويد على أنها دولة لا يرتبط تقلص الفارق في الدخل فيها بمعدلات أدنى من الجريمة. لكن الأرقام المأخوذة من المسح العالمي للجرائم لا تظهرها كمثال معاكس.

وكون الجريمة، وكذلك الصحة والرفاهة، مرتبطة بتوزع الدخل يوفر أدلة إضافية هامة عن الآليات ذات العلاقة. وعلى الرغم من أننا تكلمنا بصورة فضفاضة عن "الضغط الاجتماعي -

الاقتصادي؟ فإن ما نحتاج إلى معرفته هو كيف تكتسب العمليات الاجتماعية المتعلقة بعدم المساواة والانقسام الاجتماعى أعظم وسائلها لممارسة النفوذ النفسى علينا. إن من الواضح وجود صلات هامة من خلال الضغط النفسى المنزلى. وهذه الصلات لها أهمية خاصة عند الأطفال الصغار الذين يرجح أن يكون لها تأثير عليهم يوم طوال الحياة (وسنلقى نظرة وجيزة على أدلة ذلك فى الفصل العاشر). وخلال سن الرشد ليس من الواضح ما إذا كانت توجد على المستوى الفيزيولوجى أشكال مميزة من الضغط النفسى أم لا يوجد سوى شكل واحد من الضغط المزمع المعمم. وقد حدد علماء الأوبئة عدداً من مصادر الضغط النفسى التى تؤثر فى صحة البالغين سنبحثها فى الفصل القادم. وتشمل هذه المصادر الافتقار إلى إحساس المرء بأنه يتحكم فى وضعه وانعدام الدعم الاجتماعى وضعف الشبكات الاجتماعية والاكتئاب وضعف احترام الذات. وتطرح الأبحاث الخاصة بالجريمة بعض الاحتمالات الهامة الأخرى.

ففى دراسة عن القتل يقترح ديلى Daly وويلسون Wilson (١٩٨٨) أن "إهدار ماء الوجه" هو أكثر مصادر العنف شيوعاً. ويتحدد إهدار ماء الوجه بأنه فقد الكرامة والإذلال وفقدان الهيبة فى عيون الآخرين. وعلى الرغم من أن محور الاهتمام هنا هو طبيعة المواقف الخاصة التى قد يواجهها الفرد، فليس من الصعب تخيل أن الأشخاص الذين لديهم احتياطي أكبر من المكانة والهيبة قد يشعرون بقدر أقل من التهديد الجوهري من أية حالة معينة من فقدان ماء الوجه. لكن الأكثر إثارة للاهتمام هو المناقشة التى يطورها بريثويت Braithwaite فى كتابه **الجريمة والعار وإعادة الدمج** (١٩٨٩). فنظريته عن "التخجيل المعيد للدمج" هى بصورة أساسية نظرية عن التأهيل الاجتماعى تنطبق على تنشئة الأطفال بقدر انطباقها على الحد من الجريمة. وهو يعتمد على أبحاث نمو الأطفال ويقول إن التأهيل الاجتماعى الفعال يعتمد على التمكن من تأديب الأطفال ضمن سياق من الحب والرعاية المستمرين، الذين يعرف الطفل أنهما سيستمران بعد العقوبة أو التعبير عن عدم الرضا. "والعائلات التى يكون فيها عدم الرضا وليس الاستحسان هو الحالة المعتادة عاجزة عن تأهيل الأطفال اجتماعياً بسحب استحسانها" (برينويت ١٩٨٩، ص ٥٦). ففعالية سحب الاستحسان تعتمد على التباين مع التمتع العادى بالاستحسان. ولا بد أن يكون هذا هو الأساس

الجوهري للتأهيل الاجتماعي في كل المجتمعات، ويؤكد بريزويت أن العمليات نفسها هي أساس الضبط الاجتماعي في حياة الكبار بأكملها. ومن خلال الاستشهاد بكمية كبيرة من الأبحاث يقول إنه على الرغم من وجود ارتباط بين قلة ارتكاب المخالفات وزيادة احتمال اكتشاف أمر المذنب، فإنه لا يوجد دليل قوى على ارتباط بين معدلات الجريمة وقسوة العقاب. ويستنتج أنه سيبدو أن العقوبات التي يفرضها الأقارب أو الأصدقاء أو تجمع له أهمية شخصية لها تأثير أكبر على السلوك الإجرامي من العقوبات التي تفرضها سلطة قانونية بعيدة (المصدر نفسه، ص ٦٩). ويبدو أن السمعة في أعين المعارف القريبين أكثر أهمية لدى الناس من آراء مسئولى العدالة الجنائية أو أفعالهم. فقد أجابت أغلبية واسعة من الشبان الذين سئلوا عن أهم عواقب أن يلقي القبض عليهم بأنها وقع ذلك على عائلاتهم وصديقاتهم والعار والفضيحة الناجمين عن الظهور في المحكمة. وأجاب أقل من سدس عدد أولئك أن أهم النتائج هي نوع العقوبة التي سينالونها. ويرى بريزويت Braithwaite وجود مجتمع أخلاقي والإبقاء على الناس داخله أمراً جوهرياً. ويمكن أن يكون التخجيل مدمراً إذا كان يلصق وصمة بدلاً من أن يكون معيداً للاندماج لأنه يدفع الأشخاص خارج المجتمع إلى ثقافات متفرعة منشقة. وهو أيضاً يوضح قوة الحفز الاجتماعي أو الأخلاقي بالاستشهاد بتجربة تم فيها إجراء مقابلات مع الناس خلال شهر من الموعد الذي يجب عليهم فيه ملء استمارات استعادة الضرائب. ومع إحدى مجموعتين ركز الشخص الذي أجرى المقابلة على العقوبات الصارمة للتهرب من ضريبة الدخل، في حين كان التركيز مع المجموعة الأخرى على الأسباب الأخلاقية للانصياع للضرائب. وقد أدت المناشدة الأخلاقية إلى زيادة أكبر في مبلغ الضريبة المدفوعة (شوارتز Schwartz وأورلينز Orleans ١٩٦٧).

وبعد أن يشير بريزويت إلى أنه على الرغم من أن (٤٥) بالمائة من بين الذين يدانون بالجرائم في الولايات المتحدة يذهبون إلى السجن بالمقارنة مع أقل من (٢) بالمائة في اليابان، يستخدم دراسة بيلي Bayley لعمل الشرطة في الولايات المتحدة واليابان لتوضيح الطريقة التي يمكن فيها للتخجيل المؤدى إلى الاندماج أن يعمل في مجتمع متطور حديث.



يتوقع من مخالفى القانون [فى اليابان] قبول شروط المجتمع للتأهيل الاجتماعى بدلاً من الإصرار على البراءة القانونية والمساومة على تخفيف العقوبة. . . . ويُنظر إلى الشخصية الفردية على أنها قابلة للتغير وتتجاوب مع العقوبات غير الرسمية من المجموعات القريبة. . . . ويشعر الأفراد بواجب أخلاقى فى المساعدة على الحفاظ على الإجماع الأخلاقى فى المجتمع.

(بيلى ١٩٦٧، ص ١٩٦)

ويسعى رجال الشرطة اليابانيون للحصول على أكثر من الانصياع، فهم يسعون للحصول على قبول قيم المجتمع الأخلاقية. وهم ليسوا مجرد القوة التى تفرض القانون، بل هم معلمون فى مجال فضيلة القانون. وقد أعطى رجال الشرطة اليابانيون تفويضاً أخلاقياً مبنياً على الاعتراف بأهميتهم فى تكوين الدولة.

(المصدر نفسه، ص ١٨٦)

وفى الأذان الغربية، تبدو بعض الأوصاف التى يوردها بيلى غير محتملة:

من النواحي النفسية يعتمد النظام على التعزيز الإيجابى وليس السلبي، مركزاً على القبول المفعم بالحبّة مقابل التوبة الصادقة. والنظير لما يريد رجل الشرطة اليابانى أن يشعر الشخص المخالف به هو الارتياح الدامع العينين لطفل يؤدى اعترافه لأبويه بالذنب إلى ضحكة لطيفة وعناق دافئ. وبالمقارنة مع الشرطة الأمريكية، يود رجال الشرطة اليابانيون أن يُعرفوا بدفء رعايتهم وليس بصرامة فرضهم للقانون.

(المصدر نفسه، ص ١٥٦)

وقد يكون هذا الوصف الرائع لعمل الشرطة اليابانية أقل أهمية بالنسبة لتأثيره المباشر على الجريمة منه بصفته مؤشراً على طبيعة المجتمع اليابانى ذات الدرجة العالية من الاندماجية التى تتحدد ضمنها معدلات الجريمة.

وحول آثار ضعف الاندماجية الاجتماعية قال دركايم Durkheim: "كلما ضعفت المجموعات التى ينتمى [شخص ما] إليها؛ يقل اعتماده عليها، ويزداد بالتالى اعتماده على نفسه فقط،

ولا يعترف بأية قواعد سلوكية سوى التي تخدم مصالحه الخاصة (دركايم ١٩٥٢، ص ٢٠٩). وعلى العكس من ذلك، في المجتمع المتماusk يحدث تبادل دائم للأفكار والمشاعر من الجميع لكل فرد ومن كل فرد للجميع، أى شىء من نوع الدعم المعنوى المتبادل، والذي بدلاً من أن يترك الفرد يعتمد على موارده الخاصة به، يقوده إلى المشاركة في الطاقة الجماعية ويدعمه حين تستنفذ طاقته الخاصة (المصدر نفسه، ص ٢١٠).

وقد كان عمل دركايم في مجال الاندماج الاجتماعي جزءاً من تحليله لأسباب الانتحار الاجتماعية. وهو يعتقد أن معدلات الانتحار العالية يمكن أن تأتي من أى بعد من بين ثلاثة أبعاد للعلاقة بين الفرد والمجتمع الأخلاقي. أحدها الانتحار الإيثاري الذي يكون تحكم المجتمع في الفرد فيه قوياً إلى حد أن الأشخاص قد يشعرون أن واجبهم يقتضى قتل أنفسهم من أجل الشرف والواجب. وعلى الطرف النقيض الانتحار الأناني حيث يكون الاندماج الاجتماعي والنشاط الجماعي أضعف من أن يدعم الناس في الأغراض الاجتماعية وعمليات المجتمع. والبعد الثالث هو الانتحار عديم الهوية، وهو أيضاً يأتي من حضور غير كافٍ للمجتمع في الفرد (المصدر نفسه، ص ٢٥٨)، الذي بدوره - في رأيه - يرجع أن يكون لدى الناس أهداف غير واقعية وأن يصبحوا منفصلين عن بنية النماذج التي يمكن الوصول إليها والقيود التي يمكن لهم التعامل معها.

ومن الواضح أن الصحة الأضعف ومعدلات الجريمة الأعلى، وخاصة جرائم العنف، ترتبط بقوة بالاندماج الاجتماعي الأضعف الذي ربط دركايم بينه وبين الانتحار الأناني. وعلى الرغم من أن بعض حالات الانتحار تتبع نمطاً أنانياً أو عديم الهوية، كما يمكن ملاحظة ذلك من الارتباط مع البطالة (بلات Platt وكرايتمان Kreitman ١٩٨٤)؛ فإن العلاقة بين الانتحار والقتل عكسية في العادة (فرى Ferri ١٩٨٥؛ جيمس James ١٩٩٥). وتوحى حقيقة أن الانتحار الآن أكثر شيوعاً إلى حد ما في المجتمعات ذات الفوارق الأقل في الدخل (ماكايذاك McIsaac وويلكنسون ١٩٩٦) أن المعدلات الأعلى من الانتحار تنتشر في المجتمعات الأكثر اندماجاً، وربما كان ذلك بسبب الشعور بالخل لدى الأشخاص حين يشعرون أنهم خذلوا عائلاتهم أو زملائهم أو مجتمعهم.

وقد لفت دركايم الانتباه إلى بعض أهم طرق اختلاف المجتمعات. ولكن عمليات التمييز الاجتماعي الصارمة التي تعكس البناء الهرمي الاجتماعي وتكبره ذات أهمية جوهرية في أى تحليل للاندماج الاجتماعي والمجتمع. وهذه العمليات هي التي تولد العزل الاجتماعي والتي تصم أكثر الناس حرماناً والتي تضع المسافات الاجتماعية في المجتمع بأسره. ويغذى هذه العمليات وينشئها انعدام المساواة فيما يدعوه بورديو Bourdieu رأس المال الاقتصادي والثقافي. وقد بين بورديو كيف أن الاختلافات في الذوق - في جميع مجالات الحياة تقريباً - لا ترتبط فقط بالفوارق في الدخل والثروة، وفي التعلم، وفي رأسمال الأفراد الاجتماعي، بل تستخدم للتعبير عن هذه التمييزات الاجتماعية على أساس الفوقية والدونية (بورديو ١٩٨٤). وكما يقول، نادراً ما يماثل علم الاجتماع التحليل النفسي الاجتماعي بدرجة أكبر مما يماثله حين يواجه شيئاً مثل الذوق الذي هو واحد من أهم الأشياء المعرضة للخسارة في الصراعين الدائرين في مجال الطبقة المهيمنة وفي مجال الإنتاج الثقافي (المصدر نفسه، ص ١١). ومن المفترض أن الطرق التي يصفها لإيجاد التمييز الاجتماعي والتعبير عنه على ارتباط وثيق مع الإحساس بالدونية الذي اختاره سنييت Sennett وكوب Cobb على أنه المكون الأساسي في تجربة النظام الطبقي من قبل العمال اليدويين الأمريكيين في دراستهما التي تحمل عنوان **الأضرار الخفية في النظام الطبقي** (١٩٧١).

ومن حيث أساس عمليات التقسيم إلى طبقات اجتماعية والتمييز الطبقي، قد يكون بإمكاننا أن نعتبر توزيع الدخل ممثلاً لعدم المساواة في كل من رأس المال الاقتصادي والتعليمي. ولأن عمليات التمييز الاجتماعية تتغذى من صور عدم المساواة هذه وتدمر التماسك الاجتماعي؛ فإن المدى الذي يكون فيه لدينا مجتمع مندمج ومتناغم يمتاز بمستويات عالية من المشاركة الاجتماعية، أو على الطرف النقيض مجتمع منقسم تسيطر عليه المكانة الاجتماعية والتحيز والعزل الاجتماعي ويولد جماعات فرعية عدائية تجاه باقى المجتمع ويسبب إصااق وصمة بأكثر الناس حرماناً سيتعلق بصورة وثيقة بمدى عدم المساواة في الدخل. وكما أدرك الناس في أشكال المجتمع الأولى إدراكاً تاماً أنه لا يمكن التوصل إلى الاندماج الاجتماعي دون اندماج اقتصادي. وتنزع قيم الحياة الاجتماعية لأن تعكس مبادئ الحياة الاقتصادية.

**الجزء الرابع**  
**كيف يقتل المجتمع**



## الفصل التاسع

### أسباب المرض النفسية - الاجتماعية

ليس من الممكن حتى الآن أن نحدد بآية درجة من الدقة السبل الرئيسية التي تربط في المجتمعات القائمة على المساواة التماسك الاجتماعي الذي جرى بحثه في الفصل السادس مع المستويات الأعلى من الصحة البدنية وطول العمر التي يتمتع بها سكانها. وبدلاً من الاعتقاد بأن المؤثرات النفسية - الاجتماعية على الصحة ضعيفة وموضع جدل وثانوية جداً بالمقارنة مع المؤثرات المادية القوية على الصحة؛ فإن الأدلة تبدو مؤيدة للنظرة المعاكسة - على الأقل بالنسبة لمحددات الصحة في الدول المتقدمة. وقد رأينا في الفصل الثالث أن الصحة في المجتمعات الغنية التي اجتازت التحول الوبائي لم تعد محدودة بصورة رئيسية بالآثار المباشرة للعوامل المادية. فبعد الوصول إلى الحد الأدنى من المستويات الأساسية للغالبية العظمى من السكان؛ تزداد المؤشرات على أن التأثيرات النفسية - الاجتماعية على الصحة غالبية.

ولم نعد بحاجة إلى استحضار صور عن الموت بفعل تعويذة سحرية لتأكيد أن الضغط النفسي يمكن أن يقتل الناس. ولحسن الحظ يتوافر الآن مقدار كبير من الأدلة الوبائية والتجريبية التي تزيل أي شك في أن من الممكن للعوامل النفسية - الاجتماعية ممارسة تأثيرات قوية جداً على الصحة البدنية، من حيث كل من المرض والوفاة. ويبدأ هذا الفصل بعرض موجز للأدلة يبين المدى الشاسع من احتمالات هذه الروابط. والمشكلة ليست في وجود نقص في السبل المحتملة بقدر ما هي في وجود عدد هائل من الاحتمالات المعقولة جميعها في ضوء ما تمت معرفته. وسيستغرق العمل المطلوب لاستبعاد بعض الاحتمالات وتأكيد أهمية احتمالات أخرى بضع سنوات.

إن الدخل النسبي هو مفهوم اجتماعي بطبيعته؛ فهو يعكس جانباً من العلاقة بين فرد وجماعة اجتماعية. ولأننا نحاول أن نشرح التأثيرات الصحية للدخل النسبي المنخفض، وليس

الدخل المطلق المنخفض فسنركز على السبل النفسية والاجتماعية. وتعنى أهمية توزيع الدخل ضمناً أنه لا بد لنا من تفسير تأثير الدخل المنخفض على الصحة من خلال معانيه الاجتماعية ومضامينه بالنسبة للمكانة الاجتماعية وليس من حيث الآثار الجسدية المباشرة التي يمكن أن تنتج عن الظروف المادية بصورة مستقلة عن انعكاساتها الاجتماعية في أى مجتمع معين. وليس القصد من هذا، القول بأن السكن الرديء (أو غير المتوافر) والتغذية غير الملائمة لا يؤثران على صحة أقلية من الناس (وإن كان عدد أفرادها كبيراً) في المجتمعات المتقدمة؛ إذ من الواضح أن هذا التأثير يحدث فعلاً. إن ما يعنيه ذلك هو أن التأثيرات المادية المباشرة لعوامل مثل هذه ليست التفسيرات الرئيسية لأسباب تعلق المستويات الوطنية للصحة بتوزيع الدخل. كما لا يعنى هذا أننا سنتجاهل صحة أفقر الناس في المجتمع، فالفقراء يعانون تأثيرات الحرمان النفسية - الاجتماعية، بالإضافة إلى تأثيراته المادية المباشرة. بل إنه من المهم إدراك أن الأشخاص في الطبقة السفلى من التركيب الهرمي الاجتماعي يعانون أكبر مقدار من الحرمان الاجتماعي والنفسى والعاطفى، بالإضافة إلى أكبر مقدار من الحرمان المادى، وقد يكون لهذا أثر أكبر على صحتهم من التأثيرات المباشرة للحرمان المادى.

وحتى بالنسبة للأشخاص الذى يعيشون فى الحالة التى لا بد أنها كانت وفق أية معايير حالة فقر مادى مطلق، وفرّ لنا سابولسكى Sapolsky أدلة متميزة على العلامات النفسية - الاجتماعية للطبيعة المتواصلة للضغط الاجتماعى - الاقتصادى الذى يتعايشون معه (سابولسكى ١٩٩١). فبعد أن يصف سابولسكى كيف أن جميع الجثث تقريباً التى استخدمت لتدريس التشريح فى كليات لندن الطبية فى القرن ١٨٣٠ - ١٩٣٠م مصدرها ملاجئ الفقراء، يقول إن الاعتقاد كان أن الغدة الكظرية أضخم بكثير مما يعتقد حالياً أنه حجمها. وحين رأى علماء التشريح بين الحين والآخر غدة كظرية لشخص أكثر ثراء لاحظوا كيف أنها أصغر بشكل غريب واخترعوا مرضاً جديداً وهو الضمور الكظرى الغامض لتفسير ذلك. وقد انتشر "المرض" فى أوائل القرن العشرين إلى أن أدرك الأطباء أن الغدة الكظرية الأصغر حجماً هى الطبيعية وتحول المرض إلى "حاشية مثيرة للخلل" فى الكتب الطبية.

وكان كبر حجم الغدد الكظرية لدى الفقراء نتيجة الضغط الاجتماعى - الاقتصادى المطول. وعلى نحو مشابه كثيراً ما كانت التوتة (الغدة الصعترية) الشديدة الأهمية لجهاز المناعة منكشمة بين الفقراء الذين اعتادوا الضغط النفسى المزمن. وهنا أيضاً كان يُنظر إلى التوتة الأكبر حجماً فى أجسام الأشخاص الأكثر ثراء على أنها اضطراب وكانت تعالج، حسب قول سابولسكى، بالأشعة التى سببت فيما بعد السرطان الدرقى.

وبناء عليه فحتى فى الفترات التاريخية التى كانت المشكلة الرئيسية فيها هى الفقر المطلق وليس النسبى لدى نسبة أعلى من السكان، لم يكن ينبغى التقليل من أهمية التأثير الجسدى للضغط النفسى - الاجتماعى والعاطفى المفرط الذى رافقه. وعدم الاطمئنان المادى هو نفسه مصدر للضغط، فهو خطر دائم ومصدر للقلق الذى كثيراً ما يحل اليأس محله. ولا تترك اللوحات مثل لوحة هوجارث Hogarth **زقاق الجن** Gin Lane أى مجال للشك فى أن الفقر يؤثر على الصحة بأقوى صورة من خلال السبل النفسية - الاجتماعية - حتى بين فقراء لندن فى القرن الثامن عشر.

وتأتى إشارة إلى أهمية الضغط النفسى فى سياق الحرمان فى المجتمع الحديث من سجين يكتب عن الحياة فى التسعينيات من القرن العشرين فى سجن إنجليزى (قد لا يكون حتى الآن أسوأ سجون العالم المتقدم)، فقد قال: "لا تاتى نهاية النهار إلا والأعصاب قد توترت فإنك ترتجف وتهذر وأنت تسترخى لتنام. وأول خشخشة للمفاتيح فى الصباح تأتى بالخوف" (شانون Shannon ومورجان Morgan ١٩٩٦).

ومن المداخل الأخرى فى التفكير فى الأهمية النسبية للسبل النفسية - الاجتماعية والمادية فى الرابطة بين الدخل والصحة هى النظر فى مسألة السكن. فعلى الرغم من أن لدى الأشخاص الذين يعيشون فى سكن سيئ معدلات أعلى بكثير من أمراض السرطان والقلب الرئيسية، لا يقترح أحد تقريباً أن الجوانب المادية من المساكن السيئة تسهم مساهمة مباشرة ذات أهمية فى أسباب الموت هذه (لاورى Lowry ١٩٩١). لكن هناك أدلة أن المساكن الرطبة تسهم بصورة مباشرة فى الزيادة المفرطة فى الأمراض التنفسية من خلال



ازدياد أبواغ العفن في الهواء. ولكن أولاً، هذا النوع من الأمراض التنفسية هو جزء بسيط من عبء ازدياد اعتلال الصحة المرتبط برداءة السكن، وثانياً، توحى مسوح الظروف السكنية أن نسبة قد لا تتعدى (٧) بالمائة من إجمالي السكان تعيش في مساكن رطبة (إينيتشن Ineichen ١٩٩٣). وحتى لو كان هذا تقديراً أقل بكثير من الواقع، فمن الواضح أن علينا التفكير بصورة رئيسية حول المضامين الاجتماعية للحرمان النسبي حين نحاول أن نفهم الارتباط بين الصحة ورياءة السكن، وأيضاً بصورة أكثر أهمية حين نحاول تفسير العلاقة بين توزيع الدخل وصحة السكان ككل.

وقد جاء واحد من أوضح المؤشرات على أن الحرمان النسبي يؤثر على الصحة من خلال سبل نفسية - اجتماعية من دراسات الآثار الصحية للبطالة. فأحدى الصعوبات الأولية التي واجهت البحث في ذلك الميدان كانت مدى الانتقاء المحتمل: هل العاطلون عن العمل أقل صحة لأن البطالة تدمر الصحة فعلاً، أم الأمر هو مجرد أن هناك احتمالاً أكبر في أن يصبح معتلو الصحة عاطلين عن العمل؟ ولم تستطع المقارنات البسيطة بين صحة العاملين والعاطلين أن تميز بين هذين الاحتمالين ولم يظهر بصورة قاطعة أن الصحة تتدهور حقاً نتيجة للبطالة إلا بعد أن توافرت أدلة من دراسات إغلاق المصانع الذي يسبب بطالة غير انتقائية. لكن الأكثر إثارة للاهتمام هو أن تلك الدراسات نفسها أظهرت أيضاً أن مقداراً كبيراً من التدهور في الصحة لم يبدأ حين أصبح الأشخاص عاطلين عن العمل فعلاً، بل بدأ قبل ذلك: مع أول إعلان عن الزيادة عن الحاجة. ويتضح الآن أن جزءاً كبيراً من الرابطة بين الصحة والبطالة يعود إلى عدم الاطمئنان الوظيفي وتوقع البطالة. وقد تم إثبات هذا حتى الآن أربع مرات على الأقل (إيفرسن Iversen وكلاوسن Klausen ١٩٨١؛ فرى وآخرون Ferrie et al ١٩٩٥؛ كوب Cobb وكاسل Kasl ١٩٧٧؛ ماتياسون وآخرون Mattiason et al. ١٩٩٠). وهذا يوفر دليلاً قوياً على أن واحداً من أوضح أصناف الحرمان في المجتمعات الحديثة يؤثر في الصحة بشكل تسيطر عليه السبل النفسية - الاجتماعية.

هذه النتائج مثيرة للاهتمام أيضاً لأن مشكلة عدم الاطمئنان الوظيفي أكثر انتشاراً بكثير من البطالة نفسها. وفي حين أن مداها يتجه إلى التغير مع التغيرات في البطالة، فإن نمو القوة العاملة "الهامشية" أو "المرنة" سيعمل كمضاعف قوى لعدم الاطمئنان الوظيفي. وقد وجد مسح قام به معهد أبحاث الأسواق والآراء أنه حتى بين "الطبقات الوسطى" (أ، ب، ج ١) العاملة يشعر (٣٥) بالمائة بالقلق من احتمالات فقدانهم لوظائفهم خلال فترة (١٢) شهراً، في حين أن (٢٠) بالمائة من الأسر مرت بتجربة بطالة حديثة العهد (سميث Smith ١٩٩٤).

وعدم الاطمئنان الوظيفي هو افتراضاً واحد من بين عدة تصنيفات أخرى من عدم الاطمئنان المالى أو المادي. وقد أظهرت دراسة تشير إلى التأثيرات الصحية لعدم الاطمئنان السكنى أن عدد الساكنين الذين يزورون طبيبهم العام يتغير وفقاً لما إذا كان تهديد المجلس بهدم مقر سكنهم "سارياً" أو "مجمداً". وعدم الاطمئنان السكنى - سواء أكان نتيجة خطط المجلس أو الصعوبة في الاستمرار في دفع الأجرة أو أقساط الرهن - له الكثير من العوامل المشتركة مع الخوف من البطالة. ولا يمثل المعدل العالى لاستعادة ملكية المساكن سوى نقطة في بحر الشعور بعدم الاطمئنان السكنى، ومع ذلك فقد قامت جمعيات البناء باستعادة ملكية (٧٥٠٠٠) منزل في بريطانيا عام ١٩٩١م، وكان هناك على الأقل (٢٧٥٠٠٠) مسكن آخر تأخر دفع أقساط الرهن عليها ستة أشهر على الأقل (الكتاب السنوى لجمعيات البناء Building Societies Yearbook ١٩٩٣/١٩٩٤). ولا تشمل هذه الأرقام سوى المنازل المسكونة من قبل مالكيها، فهي لا تذكر شيئاً عن مشكلات الأشخاص في قطاع السكن المستأجر.

وعدد الأشخاص الذين يخسرون مساكنهم هو بدوره ليس سوى نقطة في بحر الأعداد الهائلة من الذين تنغص الديون حياتهم. وحتى الآن لم تخضع تأثيرات الديون على الصحة لبحث وافٍ، فلا توجد سوى بضعة بحوث تذكر مساهمة الديون وعدم الاطمئنان المالى في الآثار الصحية للبطالة (بارتلى Bartley ١٩٩٤؛ وايت White ١٩٩١؛ ولسون Wilson

وووكر Walker ١٩٩٣). لكن ما توحى به التقارير الصحفية عن عدد يصل إلى ثلاثين حادثة انتحار بين أثرياء "مخرجين مالياً" أوردت شركة لويو Lloyd أسماءهم هو أن الآثار الصحية للديون لا تقتصر على الفقراء (ماكجوان McGowan ١٩٩١).

وبعض الأدلة الأخرى على طبيعة الرابطة بين الدخل النسبى المنخفض والصحة، وهى أدلة إدراكية وليست مجرد مادية، تأتى من دراستين فى أستراليا وأيرلندا وجدت كلاهما أن التعرض الشخصى "للضغط النفسى المالى" أوثق علاقة بالصحة من المستوى الفعلى للدخل (أولا Ullah ١٩٩٠؛ ويلان Whelan ١٩٩١).

وفى حين تمت دراسات مثل هذه تربط مصادر للضغط الاجتماعى - الاقتصادى بصورة محددة مع الصحة، أجريت كذلك تجارب خاضعة لتحكم أكثر صرامة توضح الرابطة الكامنة بين الصحة البدنية والضغط النفسى المتنوع المصادر. وفى أحد الأمثلة قام المتطوعون بملء استبانة نفسية قياسية مصممة لقياس مستويات الضغط النفسى لديهم، ثم تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين (كوهين وآخرون Cohen et al. ١٩٩١). وفى هذه المحاولة العشوائية العمياء، أعطيت للأشخاص فى إحدى المجموعتين قطرات أنفية من الماء المقطر المحتوى على خمسة أنواع من فيروسات الزكام، وأعطيت للأشخاص فى مجموعة الضغط قطرات أنفية لا تحتوى سوى على الماء المقطر. وأظهرت النتائج وجود تدرج فى نسبة الذين أصيبوا بالزكام من (٢٧) بالمائة بين الأشخاص القليلى الضغط النفسى و(٤٧) بالمائة بين الذين لديهم مستويات عالية من الضغط. ويوحى هذا أن المستويات العالية من الضغط قد تزيد فرص الإصابة بالزكام بنسبة (٧٥) بالمائة. وقد بقى الارتباط حتى بعد الضبط من حيث السن والجنس والتعليم والوضع التحسسى والوزن وفصول السنة. كما لم يمكن تحليل الفوارق باحتمال وجود "وسطاء بين الضغط النفسى والمرض" مثل التدخين واستهلاك المسكرات والتمارين الرياضية والنظام الغذائى والأرق.

ورغم الضبط حسب هذه العوامل فمن الممكن الحاجة بأن الأشخاص القليلى الضغط النفسى والشديدى الضغط يختلفون بعضهم عن بعض بطريقة أخرى تملل الاختلافات فى

معدلات العدوى. ولكن عدداً من الدراسات يظهر مؤشرات على ضعف المناعة وتدهور الصحة المرتبطين بمصدر بيئي للضغط يمكن التعرف عليه بوضوح. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة قامت بفحص ماسحات حلق طلاب في كلية الطب أثناء الامتحان أن مقارنة الماسحات أظهرت أن الضغط النفسي للامتحان أضعف المناعة (س. كنيدي وآخرون Kennedy, S. et al. ١٩٨٨). ويوجد أيضاً دليل على أن الضغط النفسي من انهيار الحياة الزوجية أو اختلالها يمكن أن يؤثر على جهاز المناعة. وقد تبين أن التأثيرات تكون أقوى كلما كان انهيار الحياة الزوجية أحدث عهداً وكلما كان الارتباط بالشريك السابق أقوى (كنيدي وآخرون ١٩٨٨). ووجدت دراسة في جنوب ويلز أن معدلات الوفاة بين أقرب أقرباء أطفال قتلوا حين انهارت كومة من خبث المعادن من منجم الفحم في أبرفان Aberfan فوق مدرسة ابتدائية بلغت سبعة أضعاف المعدلات بين المجموعات الضابطة خلال العام التالي (كونويت Conduit ١٩٩٢). وعلى نحو مماثل، ازدادت معدلات الوفاة في العام التالي بنسبة (٥٠) بالمائة بين الأشخاص الذين غمر الفيضان منازلهم بالمقارنة مع الذين لم تتعرض منازلهم للفيضان (بنيت Bennet ١٩٧٠).

وقد تبين أنه حتى الظروف من نوع حوادث الطفولة التي قد تبدو التأثيرات النفسية فيها أقل احتمالاً تتأثر بشدة بالاكئاب لدى الأم. وقد استنتج براون Brown من دراسته المتابعة للأمهات أنه "يبدو أن الصعوبات النفسية لدى الأم تفسر جزءاً كبيراً من الفوارق الطبقة في حوادث الطفولة" (براون ١٩٧٨). (وهذه نتيجة هامة بصورة خاصة على اعتبار أن التدرج الطبقي لحوادث الأطفال شديد الانحدار). فقد وجد أن الحوادث بين الأطفال من الطبقة الاجتماعية الخامسة (العمال اليدويون غير المهرة وعائلاتهم) تضاعفت في حالة الأمهات المصابات بالاكتئاب. وبلغت معدلات الاكتئاب بين أمهات الطبقة العاملة أربعة أضعاف معدلاته (٢٨ بالمائة) بين أمهات الطبقة الوسطى. ولأن الدراسة تابعت الأمهات خلال فترة زمنية؛ فقد تمكنت من إثبات أن معدلات الحوادث لا تكون أعلى إلا حين تكون الأمهات مكتئبات. وفي الأسابيع التي تسبق الاكتئاب والتي تليه تكون معدلات الحوادث لدى أطفالهم مساوية لمعدلاتها لدى الأطفال الذين لا تعاني أمهاتهم من الاكتئاب.

كما أمكن تحديد ازدياد في الوفيات بين عامة السكان مرتبط بقائمة أعم من أحداث الحياة المسببة للضغط النفسي. وقد وجدت دراسة تابعت مجموعة مؤلفة من (٧٥٢) رجلاً من الطبقة الوسطى لمدة سبع سنوات أن معدلات الوفاة كانت أكثر من ثلاثة أضعاف ونصف بين الرجال الذين تعرضوا لثلاثة أحداث مسببة للاكتئاب على الأقل (روزنجرن Rosengren ١٩٩٣). وكانت قائمتهم لأحداث الحياة العشرة مرتبة من الأكثر أهمية إلى الأقل أهمية هي: الملاحقة قضائياً، والاضطرار للانتقال من السكن، والطلاق أو الافتراق، والمشاكل المالية الخطيرة، ومشاعر عدم الاطمئنان في العمل، والقلق الشديد على أحد أفراد الأسرة، والمرض الخطير في الأسرة، وتصنيف المرء بأنه زائد على الحاجة في عمله، والاضطرار إلى تغيير الوظيفة، وأخيراً وفاة أحد أفراد الأسرة. ورغم أن وفاة أحد أفراد الأسرة ورد في آخر القائمة، فإن دراسات فقدان الأحبة بينت أنه من المحتمل أن تسرع وفاة أحد الشريكين في الزواج وفاة الشريك الآخر (هلسنج Helsing وتشكلو Szklo ١٩٨٨). وكانت الوفيات بسبب أمراض السرطان والقلب والوفيات من أسباب تتعلق بالمشروبات الكحولية عالية بشكل خاص. وأظهرت دراسة تتبعية للأشخاص الذين تعرضوا لسكتة قلبية أن معدلات تكرار التعرض لها كانت أعلى بكثير بين الأشخاص الذين يعانون مشكلات طويلة الأمد (تناننت وآخرون Tennant et al. ١٩٩٤).

كما حدث تقدم في تحديد الخصائص النفسية - الاجتماعية للعمل الذي يؤثر في الصحة. فبالنسبة لمعظم العاملين في العالم المتقدم، وبالتأكيد بالنسبة لجميع موظفي المكاتب، من الأرجح أن يكون التنظيم الاجتماعي للعمل الآن هو أهم عوامل الخطر المهنية. كما أن الأبحاث التي تحاول تفسير الفوارق الصحية حسب المكانة الاجتماعية - الاقتصادية بالعلاقة مع بيئة العمل توصلت إلى نتائج تشير إلى أهمية العمليات النفسية - الاجتماعية. وقد لفت كاراسك Karasek وثيرول Theorell (١٩٩٠) الانتباه إلى التأثيرات المؤدية للصحة الناجمة عن ضعف تحكم المرء في عمله، وعن ضعف المساندة الاجتماعية من قبل المديرين أو الزملاء في مكان العمل، وعن سرعة إيقاع العمل. فهناك علاقة مستقلة بين كل من هذه الأسباب

الثلاثة والأعراض الوعائية القلبية وعدد من المشكلات الصحية الأخرى. ووجد مارموت وآخرون Marmot *et al.* (١٩٩١) علاقات مماثلة تسهم في الفوارق البالغة ثلاثة أضعاف في الوفيات في دراسة وايت هول Whitehall. وعلى الرغم من أن ارتفاع المستوى الوظيفي في الخدمة المدنية له علاقة مباشرة مع مقدار تحكم الأشخاص في عملهم؛ فإن التحكم في العمل ارتبط بالصحة بدرجة لا يستهان بها، حتى بعد الضبط وفق الدرجة الوظيفية وعدد من عوامل الخطر الأخرى. وكذلك فمن الأمور التي ارتبطت باعتلال الصحة في تلك الدراسة المتطلبات الوظيفية المتضاربة والإثقال على الموظف بالعمل في غياب المراقبة.

وإحدى فوائد دراسات مكان العمل المماثلة لهذه هي أنه يمكن لها أن تبين السلسلة الكاملة من الروابط من الظروف الموضوعية التي يعمل الناس فيها إلى التأثير النفسي - الاجتماعي على الأفراد وصحتهم. وقد لقيت تأثيرات الشعور بالقدرة على التحكم وبالفعاية الشخصية من جهة والعجز المكتسب من جهة أخرى قدراً كبيراً من الاهتمام في علم النفس الاجتماعي، وتبين أنها هامة في العديد من مجالات الأداء مثلما هي في تحمل الألم والنتائج الصحية الأخرى. وعلى الرغم من أن هذه الخصائص في جزء كبير من هذا العمل تخضع للتلاعب البيئي-كما توحى عبارة "العجز المكتسب" - فمع ذلك كثيراً ما ينظر إليها كما لو أنها خصال شخصية ثابتة. وحين محاولة تفسير تأثيرات الظروف الاجتماعية - الاقتصادية على الصحة، لا تكون العوامل النفسية - الاجتماعية ذات علاقة إلا بمقدار ما تكون استجابات لتلك الظروف.

وبالنسبة للصحة تأكدت الآن في دراسات لمكان العمل في السويد والولايات المتحدة وألمانيا وبريطانيا أهمية مقدار التحكم الذي يتمتع به الأشخاص في عملهم والدعم الاجتماعي الذي يلقيه في العمل (جونسون Johnson وهول Hall ١٩٨٨؛ كاراسك وآخرون ١٩٨٨؛ سيجريست وآخرون Siegrist *et al.* ١٩٩٠؛ كاراسك وثيرول ١٩٩٠؛ مارموت وآخرون ١٩٩١). لكن هذه النتائج ذات دلالة مزدوجة: إذ على الرغم من أن دراستها تمت في بيئة العمل فإن لها جميعها معادلاتها المنزلية، ويرجح أن تعطينا معلومات عن أنواع العوامل

التي تؤثر في الصحة في البيت مماثلة لما تعطيه لنا عن أنواع العوامل في العمل. والمال هو بطرق كثيرة مفتاح القدرة على تحكم المرء في حياته. فكلما زاد المال؛ تزداد الخيارات المتوافرة له، وتزداد سهولة التغلب على معظم المشكلات. بل من الممكن رؤية مشكلات عدم الاطمئنان في العمل أو في السكن كحالات من تصنيف أعم، وهو عدم الاطمئنان المادي، الذي تضعف فيه مجالات هامة من مجالات التحكم. كما أن أهمية الدعم الاجتماعي تنتقل إلى العالم خارج العمل.

وأظهر عدد من الدراسات التأثيرات المفيدة للصحة الناتجة عن الاحتكاك الاجتماعي الأكثر والأفضل في نوعيته بين الناس في البيت أو في المجتمع (هاوس وآخرون. House et al. ١٩٨٨؛ بروهيد وآخرون. Broadhead et al. ١٩٨٣؛ برکمان Berkman وسایم Syme ١٩٧٩). وهناك الآن قبول عام بأن الأشكال المختلفة من الدعم الاجتماعي والاحتكاك الاجتماعي لهما تأثير مفيد هام على الصحة. ويبدو من المحتمل أن الدعم الاجتماعي هام في تغيير طريقة استجابة الناس للأحداث والظروف المسببة للضغط النفسي (ويلان Whelan ١٩٩٣؛ روزنجرن وآخرون. Rosengren et al. ١٩٩٣). فالافتقار إلى علاقة مع صديق حميم أو قريب أو شريك يمكن الإسرار له بالأمور الخاصة يرتبط بصحة أضعف، ولكن ذلك ينطبق أيضاً على المشاركة الأقل في الشبكات الاجتماعية الأوسع والنشاطات الاجتماعية،... إلخ.

ومن حيث العلاقات بين الصحة وتوزع الدخل (الفصل الخامس) وبين توزع الدخل والتماسك الاجتماعي (الفصل السادس)، تشير أدلة التأثيرات الصحية الناجمة عن المشاركة الاجتماعية الأقل وعن العدد الأقل من الشبكات الاجتماعية الجيدة اهتماماً خاصاً. وتقول برکمان في مراجعة لها:

بين عامي ١٩٧٩ . . . و١٩٩٤ أجريت ثمانى دراسات تتبعية تركز على مجتمعات معينة كشفت عن ارتباط بين ما نطلق عليه الآن اسم الاندماج الاجتماعي ومعدلات الوفيات، أي الوفيات من جميع الأسباب . . . وبصورة عامة تبين تلك الدراسات بشكل متناغم أن الأشخاص المنعزلين يتعرضون إلى مقدار أكبر من مخاطر الوفاة

من عدد من الأسباب. وعلاوة على ذلك فالدراسات تتمتع بعدة نقاط قوة منهجية هامة تمنحنا الثقة بنتائجها. . . .

وفى أولى تلك الدراسات من مقاطعة أليدا Alameda County كان لدى الرجال والنساء الذين يفتقرون لروابط مع الآخرين (وفى هذه الحالة بناء على مؤشر يقوم الاتصالات مع الأصدقاء والأقارب والحالة الزوجية والعضوية فى الكنائس والمجموعات) احتمال التعرض للوفاة خلال فترة متابعة بلغت (٩) سنوات يزيد بمقدار (١٠٩) إلى (٣٠١) أضعاف الاحتمال لدى أولئك الذين لديهم قدر أكبر بكثير من الاتصالات.

(بركمان ١٩٩٥، ص ٢٤٦)

وتؤكد بركمان أن تأثيرات الافتقار إلى صلات اجتماعية تمتد إلى سلسلة واسعة من أسباب الوفاة وتؤثر فى معدلات كل من حدوث المرض والموت من الحالات المرضية. بل إنها تورد أدلة عن فوارق تبلغ ثلاثة أضعاف فى معدلات الموت بعد الإصابة بالسكتة القلبية وفقاً لاحتمالية تمتع المرضى بدعم اجتماعى جيد أم لا. وقد تم التعرف على عدة سبل سببية محتملة تربط تأثيرات العلاقات الاجتماعية بالصحة وهى تتعلق بكل من الجهاز المناعى وجهاز الغدد الصماء العصبى.

على الرغم من أن الأهمية الظاهرة للعلاقات الاجتماعية بالنسبة للصحة توفر رابطة مباشرة بشكل مرضٍ بين التماسك الاجتماعى والصحة، فإن هناك مجرد احتمال أن النتائج يمكن تفسيرها على أساس الانتقاء الفردى. فإذا تبين أن الأشخاص الأكثر ميلاً للمخالطة الاجتماعية يتمتعون بصحة أفضل لأن لهم صفات نفسية مختلفة، فالمجتمع الأكثر ميلاً للمخالطة الاجتماعية قد لا يحسن الصحة من هذا السبيل. ويتوجيه مشاعر القلق المعتادة حول المغالطة البيئية توجيهاً عكسياً، قد يكون من الخطأ الاستدلال من دراسات شخصية فى السياسة الاجتماعية لمجتمعات بأكملها.



لكن هناك أدلة على أن التدخلات النفسية - الاجتماعية في المجالات الأخرى تحدث اختلافاً في الصحة. وقد رأينا أدلة على أهمية التأثيرات النفسية - الاجتماعية على الصحة البدنية من دراسات وتجارب المراقبة مثل الدراسة التي أظهرت علاقة بين مستويات الضغط النفسي والاستعداد للإصابة بالزكام لدى التعرض التجريبي لجراثيمه. لكن هناك أيضاً دراسات عن تأثيرات التدخل المصمم لتخفيض مستويات الضغط النفسي بتعليم الأشخاص أساليب الاسترخاء والتأمل. وفي أحد الأمثلة الذي يترك انطباعاً قوياً أكثر من غيره، قُسم أشخاص يعانون ارتفاع ضغط الدم عشوائياً إلى مجموعتين، أعطى لإحدهما النصح حول التدخين والنظام الغذائي والتمارين الرياضية في حين أعطيت المجموعة الأخرى درساً أسبوعياً مدته ساعة في الاسترخاء والتعامل مع الضغط النفسي على مدى ثمانية أسابيع (باتل Patel ومارموت Marmot). وبعد ثمانية أشهر، ثم مرة أخرى بعد أربعة أعوام، تبين أن ضغط الدم أخفض إلى حد كبير بين أفراد المجموعة التي أعطيت دروساً في الاسترخاء. عند سؤال أفراد تلك المجموعة أفادوا أنه رغم استمرار عدد قليل منهم في ممارسة الاسترخاء بانتظام، فلا يزال بعضهم ينصحون أنفسهم بالاسترخاء أو الهدوء عند التعامل مع مشكلة مسببة للضغط النفسي. وفي السياق الحالي تكمن أهمية تلك التجربة - والتدخلات التجريبية المشابهة الأخرى - في أنه على الرغم من أن القيام بتجارب تزيد مستويات الضغط المزمن زيادة خطيرة عمل غير أخلاقي - فإن تلك التجارب بتخفيضها للضغط تعطي دليلاً يكاد أن يكون قاطعاً على أهمية العمليات النفسية - الاجتماعية للصحة وتشير إلى الفوائد المحتملة من التدخل.

ومن المرجح أن يأتى الكثير من أهم مصادر الضغط النفسي في حياتنا من البيئة الاجتماعية - الاقتصادية وستتفاقم تلك المصادر بفعل الانخفاض النسبي للدخل. والتحدث عن الظرف الاقتصادي المعوق المؤثر في الصحة من خلال سبل نفسية - اجتماعية لا يعنى أن المشكلات هي بطريقة ما "نفسية" وليست "حقيقية". إن الناس يقلقون خشية أن يفقدوا منازلهم إن لم يتمكنوا من دفع أقساط الرهن أو الأجرة لأن هذا خطر حقيقي. والتأكيد

على السبل النفسية لا يعنى أن السبب الأساسى للمشكلة نفسى أو يمكن التعامل معه عن طريق التدخلات النفسية؛ فالغاية من تمييز السبل النفسية - الاجتماعية عن السبل المادية حصراً هو التمييز بين المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة فى الصحة من خلال الأشكال المختلفة للقلق والضغط النفسى وعدم الاطمئنان،... إلخ، والمشكلات التى تؤثر فى الصحة عبر سبل مادية بحتة، مثل تلوث الهواء أو الماء، حتى ولو كنا غير واعين لها أو مهتمين بها على الإطلاق. ويمكننا أن نتحدث ببساطة عن سبل إدراكية بدلاً من نفسية - اجتماعية، لكن المدركات التى تسبب ما يكفى من الضغط النفسى لتكون ذات أهمية هى بالطبع المدركات المشحونة عاطفياً بشكل خاص، والتى تنشأ من جوانب طويلة الأمد من ظروف حياة المرء. وفى حين أن الشخص الذى لا يقلق من احتمال فقدانه لمنزله بسبب عدم قدرته على الاستمرار فى دفع الأقساط أو الأجرة شخص غير طبيعى، لا بد من الاعتراف بمدى الضرر التى تحدثها مثل تلك التهديدات حتى ولو لم يفقد الشخص منزله فى نهاية المطاف، فالإحساس بالكآبة والغضب والمرارة والعجز المكتسب والعدوان كلها يمكن فهمها كلياً كربود فعل على المصاعب الاجتماعية والاقتصادية والمادية المختلفة. والضغط النفسى الممتد الأمد من أى من هذه المصادر كثيراً ما يكون كل ما هو مطلوب لتدمير الصحة.

والاعتقاد بأن مشاركة العمليات النفسية - الاجتماعية فى العلاقة بين توزع الدخل والصحة تعنى أن بإمكاننا أن ننسى موضوع توزع الدخل ونركز على التدخلات النفسية - الاجتماعية هو اعتقاد يعاكس الحقيقة. فما يعنى ذلك حقاً هو أن توزع الدخل محددة مهمة من محددات رفاهية المجتمع النفسية - الاجتماعية. وأهمية معرفة أن المرجح أن يتحسن التماسك الاجتماعى إذا ضاقت الفوارق فى الدخل هى أن تلك المعرفة تعطى صناع السياسة طريقة لتحسين جوانب مهمة من حياة مجتمعنا. وفى حين كان الناس فى الماضى لا يملكون سوى رفع أيديهم علامة على اليأس، قد يكون الآن من المحتمل اتخاذ خطوات عملية لتحسين الأوضاع. ولأن توزع الدخل يتأثر بقوة بسياسة الحكومات؛ قد تتمكن الحكومات من تحسين الوضع النفسى - الاجتماعى والمعنوى للسكان بأكملهم.

## المنظف النفسى والسلوك المتعلق بالصحة:

من الطرق الكثيرة التى تؤثر بها العوامل النفسية - الاجتماعية فى الصحة التأثير من خلال السلوك ذى العلاقة بالصحة. ومن المحتمل أن يتأثر عدد من أنواع مختلفة من المخاطر الصحية السلوكية فى المستويات العامة للضغط الاجتماعى بين السكان. وقد بين مارش Marsh فى بحث يلقي الأضواء على أمور كثيرة أنه فى حين أن التدخين تقهقر خلال الفترة ١٩٧٦-١٩٩٠م، فقد كان ذلك فى كل من الثلاثة أرباع العليا من توزع الدخل (أى أغنى ثلاثة أرباع السكان) ولكن لم يحدث ذلك فى صفوف الربع الأفقر (مارش وماكى McKay ١٩٩٣). ومع ازدياد الفقر النسبى لأفراد الربع الأفقر (وبعضهم ازداد فقره المطلق) ازداد تدخينهم. وظهر هذا بشكل خاص فى أواخر الثمانينيات حين اتسعت فوارق الدخل بصورة شديدة السرعة. ويبدو أن التدخين الآن يتعلق بالمعوقات ليس فقط حين النظر إلى مقطع عرضى للسكان، بل أيضاً حين النظر إلى التغيرات عبر الزمن. وعلى الرغم من الحافز المالى القوى إلى عدم التدخين الذى يتوقع المرء أن يكون على أشده بين أكثر الناس فقراً: فإن ازدياد الفقر النسبى وثبات الدخول المطلقة دفع الفقراء لزيادة التدخين، بعكس الاتجاه العام للشعب بأكمله.

وقد وجد تحليل نسبى للصحة وأساليب الحياة فى بريطانيا أنه بالرغم من وجود درجة ميل اجتماعى - اقتصادى واضحة بالنسبة للنجاح فى الإقلاع عن التدخين، لا توجد أية درجة ميل بالنسبة للرجبة فى الإقلاع (جونز Jones ١٩٩٥). وكما يبين مارش أن الإقلاع عن التدخين أسهل عندما يكون احترامك لذاتك مرتفعاً، فأنت تشعر بالتفاؤل بالنسبة للحياة وتشعر أنك تمسك بزمام الأمور. ولكن حين تجرى الرياح بعكس ما تتمنى ويبدو المستقبل ميئوساً منه تماماً، فمن الأرجح (كما بينت هيلارى جراهام Hilary Graham) أن تعتبر التدخين الوسيلة الوحيدة المتاحة لك للاسترخاء والترفيه - بالإضافة إلى تمنيك الإقلاع عنه (العمل بشأن التدخين والصحة Action on Smoking and Health ١٩٩٣).

ولقد أصبح التدخين بصورة هامة مؤشراً على الضغط الاجتماعى - الاقتصادى. ولكن هناك مؤشرات بأن العمليات نفسها تؤثر بأشكال أخرى من السلوك تضر بالصحة. فعلى سبيل المثال من الطرق الكثيرة التى يستجيب الناس بها للضغط النفسى والتعاسة والاحتياجات العاطفية المحبطة زيادة استهلاكهم للأطعمة المختلفة المهدئة - التى تحتوى عادة على نسبة عالية من السكر والدهون - وللعقاقير المختلفة، بما فيها المشروبات الكحولية وبالطبع التبغ. ويشتمل الأكل من أجل السلوى فى أكثر أشكاله تطرفاً على فورات الإسراف بالأكل وعلى النهام (الشراهة المرضية). ومرة أخرى من المثير للاهتمام ملاحظة حدوث زيادات كبيرة فى البدانة بين الرجال والنساء فى سن العمل خلال فترة أواخر الثمانينيات حين كانت فوارق الدخل تتسع بسرعة كبيرة (وزارة الصحة ١٩٩٣). ومن السهل تصور أن هذا كان نتيجة زيادة البطالة والشعور بعدم الاطمئنان اللذين قد يكونان أديا إلى قلة النشاط البدنى بين الأشخاص المثبطى الهمة الذين يبقون فى منازلهم ويأكلون بحثاً عن السلوى.

والاتجاه المعروف جيداً نحو قيام الأشخاص بزيادة أكل السكريات والحلوى حين يقلعون عن التدخين يبين كيف أن الحلوى يمكن أن تكون مصدراً بديلاً للسلوى (ونلكستين Winkelstein وفيلدمان Feldman ١٩٩٣). وبالطبع فإن كون المدخن يجدون سهولة أكبر فى الامتناع عن أكل الحلوى هو سبب جزئى فى شيوع تدخين السجائر بصورة خاصة بين الشباب اللواتى يرغبن فى تفادى زيادة وزنهن.

وقد يبدو تمسك الناس بأشكال مختلفة من "السلوك الضار بالصحة" فى حين أنهم كثيراً ما يريدون الإقلاع عنه موحياً بخاصية مسيئة أو إكراهية أو إدمانية. وهى إلى حد ما محاولات لتلبية ما قد يكون جزئياً احتياجات اجتماعية. فهناك مجالات من الاستهلاك موجودة إلى حد كبير بفعل تأثيراتها النفسية - الاجتماعية. ويفترض أن الرغبة فى العقاقير المؤرخية والمحركة من الخجل والمنبهة،... إلخ، هى مؤشر ما على الحالة النفسية - الاجتماعية للسكان. فقد استخدمت المشروبات الكحولية دائماً من قبل السكان على مختلف أهوائهم لتحرر من الخجل والتخلص من الضغط النفسى - وخاصة الضغط فى المجالس الاجتماعية.

وهى أيضاً مرخية. ويتبين مدى شعورنا بالحاجة إليها من كميتها المستهلكة. وعلى الرغم من أن هذا الاستهلاك أقل بكثير فى إنجلترا وويلز من مستوياته فى الاتحاد الأوروبى، فقد بلغ ما يقارب نصف لتر من البيرة يومياً للرجال البالغين من العمر (١٦) عاماً أو أكثر نحو ربع لتر للنساء (معهد دراسة الاعتماد على المخدرات Institute of the Study of Drug Dependence ١٩٩٤). ويقر (٧) بالمائة من الرجال و (٢,٥) بالمائة من النساء بأنهم يسكرون مرة فى الأسبوع على الأقل. وقد رأينا فى الفصل السابق أن الوفيات المتعلقة بشرب الكحول على علاقة وثيقة جداً بتوزع الدخل على النطاق العالمى.

وقبل التفهقر فى التدخين كان للسجائر دور اجتماعى تداخل جزئياً مع الوظيفة الاجتماعية للمشروبات الكحولية - فقد كان الناس يدخنون للتخفيف من التوتر الاجتماعى فى الاجتماعات والمجالس الاجتماعية. وكانت السجارة "شيئاً يمكن تقديمه للآخرين". وعلى الرغم من تفهقر التدخين، فإن نسبة الذين مازالوا يدخنون من البالغين فى بريطانيا تصل ما بين الربع والثلاث.

ويعتبر البعض كمية الكافيين المستهلكة فى الشاي والقهوة والمشروبات الغازية وغيرها مثلاً آخر على استهلاك المواد المؤثرة بالنفس المرتبط بأشكال الضغط النفسى. وتوحى التقديرات بأن متوسط استهلاك البالغين يتراوح بين (٣٥٠) و (٤٥٠) ملغ من الكافيين فى اليوم - نحو ضعف الجرعة التى تعطى حين استخدامه طبياً بصفته عقاراً منبهاً.

وبالإضافة إلى هذه العقاقير المرخية التى يصفها الناس لأنفسهم، توجد العقاقير المعدلة للأمزجة التى يصفها الأطباء العامون. فقد صرفت أكثر من (٣٢) مليون وصفة طبية من العقاقير المؤثرة فى النفس فى عام ١٩٩٤ م. وبعضها، مثل البروزاك Prozac، مصمم لإزالة الكآبة وجعل الأشخاص يشعرون بسعادة أكبر فى نظرتهم للحياة، والبعض الآخر مثل البنزوديزيبينات Benzodizepines صنع بهدف تهدئة الناس والتخفيف من القلق. وبالإضافة إلى ذلك فقد يكون من الواجب النظر إلى الاستخدام غير القانونى لما يسمى العقاقير "الترفيهية" على أنه رد فعل على مشكلات مشابهة. كما أن عدداً من العقاقير غير القانونية اعتبرت فى البداية أنها مسهلة للتفاعل الاجتماعى: كان بعض الناس يتشاركون فى

سجائر الحشيش ويعتقدون - فى الستينيات كما هو واضح - أنها تتمتع بالقدرة على تبديل العلاقات الإنسانية فى المجتمع بأسره. وتعطى قيمة خاصة لعدة عقاقير أكثر قوة؛ لأنها تحفز شعوراً بفقدان الأنا والاتحاد مع الآخرين. وحسب قول كامرون Cameron وجونز Jones، "لا يحتاج مجتمعنا إلى التبغ والكحول وعقاقير السلوى الأخرى لتخفيف عبء الألم والمعاناة الثقيل عن الأفراد فحسب، بل إنه لا يستطيع تأدية عمله بشكله الحالى من دونها" (كامرون وجونز ١٩٨٥).

ولا يوجد شك فى أننا نعتمد على عدد كبير جداً من المحددات المؤثرة فى النفس. وكان من الممكن الاعتقاد بأن الاحتياج سيخف مع ارتفاع مستويات المعيشة - وأن شرب الجن فى القرن الثامن عشر كان يعكس رغبة فى التخلص من مشقات الحياة المادية ومن عدم التأكد فيها، لكن مستوى استخدام العقاقير المؤثرة فى النفس من كل هذه المصادر المتنوعة مجتمعة قد يعادل فى ارتفاعه ما كان عليه دائماً. وعلى الرغم من أن الاتجاهات فى التدخين وفى استهلاك المشروبات الكحولية والكافيين تختلف من دولة إلى أخرى، فهناك نمو عالمى واسع الانتشار فى استخدام العقاقير غير القانونية وفى العقاقير المؤثرة فى النفس التى توفرها شركات الأدوية من خلال النظام الطبى. وتمكن صناعة الأدوية من إنتاج سلسلة من العقاقير المؤثرة فى النفس هو تطور حديث العهد بعض الشيء، وزيادة المصروفات تعنى أن استهلاكها أوسع انتشاراً بكثير مما كان فى أى جيل سابق.

وبالتسليم بأن الاستخدام المتزايد لما يسمى "أساليب العلاج الكلامية" يمكن النظر إليه على أنه استجابة أخرى لاحتياجات نفسية وعاطفية مشابهة، من المثير للاهتمام ملاحظة تفسير جلنر Gellner لرواج نظريات التحليل النفسى الفرويدية التى ولدت تلك الأساليب وانتشارها. وبدلاً من التعامل بصورة رئيسية مع صدق نظرية فرويد أو زيفها، يحاول جلنر شرح سبب رواجها (جلنر ١٩٩٣). وهو يقول إنها لبّت حاجة متنامية. وكان من المحتم أن تلبي محاولة توفير قاعدة نظرية للمعالجة النفسية طلباً جماهيرياً مما يوحي أن المشكلات ازدادت فى العلاقات الشخصية منذ أواخر القرن التاسع عشر.

وهناك بعض الأدلة على روابط أكثر جوهرية مما ندركه عادة بين الضغط النفسي وبعض ردود فعلنا السلوكية الشائعة عليه. فعلى الرغم من معرفتنا أن التدخين واستهلاك الكحول والقهوة هي أشياء مؤثرة في النفس بصورة مباشرة فإن النزعة إلى أكل الحلوى أو الأطعمة الدسمة قد يكون لها جذور أعمق من مجرد حاجة عصبية لإدخال السرور على أنفسنا. وهناك كم متزايد من الأدلة على أن بعض هذه الأطعمة قد يكون لها تأثير وقائي هامشي ضد بعض تأثيرات الضغط النفسي؛ فقد تبين أن المستويات العالية من الكوليسترول التي قد تنتج من الأكل من أجل السلوى ترتبط بانخفاض خطر الإصابات أو الانتحار. وجدت دراسة تتبعية لعشرين عاماً أجريت على (٥٢٠٠٠) رجل وامرأة سويديين أن احتمال الوفاة نتيجة لإصابات يزيد بين الرجال في أخفض (٢٥) بالمائة من توزيع مستويات الكوليسترول بمقدار ثلاثة أضعاف تقريباً. ومعظم هذه الوفيات الزائدة كانت حالات انتحار. ولم يتبين نمط مماثل بين النساء (لندبرج وآخرون Lindberg *et al.* ١٩٩٢). وجدت دراسة أخرى مستويات كوليسترول أكثر انخفاضاً لدى أشخاص حاولوا الانتحار (جالراني وآخرون Gallerani *et al.* ١٩٩٥). وانطوت تجربة خاضعة للضبط لفحص التأثيرات السلوكية لنظام غذائي منخفض في الكوليسترول على إطعام صغار القردة أغذية كانت على الرغم من تساويها في نسبة الدهون العالية إما عالية في الكوليسترول أو منخفضة. ويقول المؤلفون أن الحيوانات التي أعطيت أغذية منخفضة في الكوليسترول كانت أكثر عدوانية وأقل نزوعاً إلى الارتباط (كابلان وآخرون Kaplan *et al.* ١٩٩٤). وهناك الآن عدد من الدراسات التي تبين ارتباطاً بين انخفاض كوليسترول المصورة (البلازما) وارتفاع خطر الانتحار والعنف والحوادث (واردل Wardle ١٩٩٥). وقد طرح اقتراح بأن ازدياد تناول أنواع السكر والدهون حين يشعر الناس بالتعاسة أو الكآبة هو شكل من المداواة الذاتية التي تقوم بالتخفيف من تلك المشاعر بزيادة النشاط المركزي الذي يطلقه السيروتونين (مولر وآخرون Moller ١٩٩٢).

لقد كان هناك يوماً اتجاه بين الناس الذين يعملون في مجال السلوك والصحة لأن يعللوا ارتفاع مستويات الأخطار السلوكية بين الأشخاص الأقل رفاهية على أنه انعكاس للجهل - أو للتكلفة في حالات اختيار الأطعمة الأقل فائدة للصحة. ولم يتم التعرف بشكل مناسب على أن ازدياد الحاجة إلى العقاقير المرخية حيث يكون الضغط الاجتماعي -الاقتصادي في أعلى مستوياته قد يكون جزءاً كبيراً من تفسير التوزع الاجتماعي لبعض أشكال السلوك الضارة بالصحة. ونحن نعلم أن أنماط الاستهلاك المرتبطة بالمخاطر كثيراً ما تكون ربود فعل على أشكال متنوعة من الضغط النفسي وأن عدة أطعمة خطيرة - وكذلك المشروبات والتبغ - مؤثرة في النفس. إضافة إلى ذلك، تبين الأدلة الوبائية أن السنوات التي شهدت أسرع تزايد في الفقر النسبي في النصف الثاني من القرن العشرين شهدت أيضاً زيادة في التدخين بين أفراد الربع الأكثر فقراً من مجموع السكان (مارش وماكي ١٩٩٤).

وبالإضافة إلى اقتراح تفسير للتوزع الاجتماعي لكثير من المخاطر الصحية السلوكية، يساعد هذا المنظور النفسي- الاجتماعي أيضاً في تفسير سهولة تكيف الإفراط في استهلاك الأطعمة والعقاقير المتنوعة مع معرفة عواقبها الصحية والعبارات المشجعة والمتملقة من دعاة الصحة. ولكن قد يكون الأهم من التوزع الاجتماعي لهذه الأمور مستويات الاستهلاك الإجمالي الشديدة الارتفاع؛ فالمشروبات الكحولية والسجائر ووصفات العقاقير المؤثرة في النفس البالغ عددها (٢٢) مليون وصفة والمشروبات المفعمة بالكافيين والأطعمة الحلوة والادسمة المهدئة والتي قد تكون مضادة للاكتئاب حين ينظر إليها معاً كمجموعة تعطي صورة عن مجتمع عصابي بشكل بارز. وجميعنا تقريباً لدينا قدر من المعرفة حول كلتا الفجوتين العاطفية والنفسية اللتين نستخدم هذه الأشياء للثهما، وعن صعوبات فحص إيماننا بأنفسنا - سواء أكان إيماناً للشوكولاته أو المشروبات الكحولية أو أى شىء آخر. وهى تبدو أنها مؤشر على مجتمع هش نفسياً إلى درجة ليست ضئيلة.

وفي السياق الحالي قد تكون درجة الميل الاجتماعية في بعض عوامل المخاطر السلوكية أكثر أهمية بسبب ما تخبرنا به عن معنويات الناس وضغوطهم النفسية والمدى الذى يشعرون



به أنهم متحكمون فى حياتهم مثلما هو بسبب تأثيره المباشر على الصحة. عند التفكير فى مساهمة العوامل السلوكية فى صور عدم المساواة الاجتماعية فى الصحة، فمن الضرورى تذكر أربع نقاط، هى أن الجزء الأكبر من درجة الميل الطبقي الاجتماعى فى مرض القلب لا تفسره عوامل خطر سلوكية، وأنه إذا تم التعامل بشكل صحيح مع جميع عوامل الخطر السلوكية؛ فإن مرض القلب يبقى أرجح أسباب الوفاة (روز Rose ١٩٨٥) وأن الأمراض غير المتعلقة بالتدخين لها درجة ميل اجتماعى يماثل فى انحداره درجات ميل الأمراض المتعلقة بالتدخين، وأن هناك درجات ميل طبقية فى أمراض ليست لدينا بالنسبة لها معرفة واضحة بأية عوامل خطر سلوكية. لكن توزع عوامل الخطر السلوكية فى المجتمع يوحى أن الضغط النفسى - الاجتماعى هو فى أقصى درجاته بين أقل الناس ثراء.

وحين التفكير فى الأسباب المحتملة للمستويات العالية من استهلاك السلع المؤثرة فى النفس فى المجتمع بأسره، هناك نقطة مثيرة للاهتمام تتعلق بضغط الدم قد تستحق أن يبقيا المرء فى ذهنه. ففى جميع المجتمعات ما عدا أقدم المجتمعات الزراعية المستقرة، والرعاة الرحل، والصيادين والجامعين ينزع ضغط الدم إلى الارتفاع مع تقدم السن (والدرون وآخرون. Waldron *et al.* ١٩٨٥). وكلما زاد تقدم المجتمع يبدو أن ارتفاع ضغط الدم مع الكبر يزداد سرعة. وقد طرحت أكثر من مرة فكرة أن اتجاه ضغط الدم إلى الارتفاع على علاقة وثيقة بمدى ارتباط المجتمع بالسوق (والدرون وآخرون ١٩٨٢؛ أير Eyer ١٩٨٤). واتجاه ضغط الدم إلى الارتفاع مع تقدم العمر أصبح شيئاً مقبولاً ومعتبراً به بصورة شاملة إلى حد أن الأطباء فى جميع أنحاء العالم المتقدم يقومون ارتفاع أو انخفاض ضغط دم أى شخص بالنسبة إلى سنه. وعلى كل حال فارتفاع ضغط الدم هو عامل خطر هام بالنسبة للأسباب الشائعة للوفاة، مثل السكتة ومرض القلب. والاحتمالات التى تعارض تفسيراً غذائياً وتؤيد تفسيراً نفسياً - اجتماعياً لتلك الظاهرة ازدادت ازدياداً كبيراً نتيجة دراسة قارنت ارتفاع ضغط الدم مع تقدم السن بين جماعة مغلقة من الراهبات ومجموعة ضابطة من النساء. ولم تجد الدراسة أى ارتفاع فى ضغط الدم مع تقدم السن بين الراهبات. ولأن

المجموعة الضابطة كانت مشابهة في معظم الأمور الهامة الأخرى، توصل الدارسون إلى أن "من الممكن تفادى ازدياد ضغط الدم لدى النساء . . . [خلال فترة تمتد] (٢٠) عاماً بالعيش في بيئة ديرية خالية من الضغط النفسى تتصف بالصمت والتأمل والعزلة عن المجتمع" (تيمييو وآخرون Timio et al. ١٩٨٨).

ومن المعقول رؤية التعرض لعدد من عوامل الخطر السلوكية على أنها استجابة للضغط الاجتماعى، وإذا كان من الصواب الاعتقاد أن للضغط الاجتماعى أسباباً مجتمعية (تتعلق بتوزيع الدخل والتماسك الاجتماعى)؛ فقد يفسر ذلك جزئياً ملاحظات روز Rose (انظر الفصل الثانى) أن نسبة الأشخاص المعرضين لخطر كبير فى أى مجتمع تنتج عن نقلة فى توزيع التعرض لعنصر الخطر بأكمله، وليس عن التغير فى شكل التوزيع (روز ١٩٩٢).

## النتائج:

كيف تتفق جميع هذه الأمور بعضها مع بعض؟ فى القسم الأول من هذا الفصل اطلعنا على أدلة من مصادر متنوعة تبين القدرة الكامنة للعمليات النفسية - الاجتماعية على التأثير فى الصحة بشكل مباشر. ومن المرجح أن يرتبط الكثير من مصادر الصعوبات النفسية - الاجتماعية التى شاهدناها فى ذلك القسم بالدخل النسبى المنخفض وأن تكون أكثر شيوعاً فى المجتمعات ذات التماسك الاجتماعى الضعيف. وأكثر الأمور علاقة مباشرة بالتماسك هى التأثيرات الصحية للشبكات الاجتماعية والمشاركة الاجتماعية. وفى الجزء الثانى من الفصل رأينا كيف أن من المرجح أن التعرض لعدد من عوامل الخطر السلوكية ذات العلاقة بالصحة سيزيد فى ظروف الضغط الاجتماعى، وكيف أن المستويات العالية من التعرض لأساليب الحياة الأقل ملاءمة للصحة فى المجموعة السكانية بأسرها قد تكون مؤشراً على قابلية التعرض للأذى النفسى فى المجتمع بأكمله.

وعلى الرغم من أن تأثير الشبكات الاجتماعية على الصحة قد يكون من القوة بحيث لا تكون هناك حاجة لافتراض مساهمة أية عمليات أخرى، يبدو أن تلك المساهمة محتملة.

فهناك تأثيرات للحرمان النسبى تكاد تكون أهميتها مؤكدة، بالإضافة إلى التأثيرات الأعم للتماسك الاجتماعى. بل قد يكون من الصواب ضمن أى مجتمع افتراض أن مقدار التماسك الاجتماعى يختلف مع اختلاف مستويات المجتمع. فكما أن أفقر المناطق تعاني ارتفاعاً فى الجريمة وفى سلسلة واسعة من المشكلات الاجتماعية، يرجح أن التماسك الاجتماعى فيها أقل مما هو عليه فى أحياء الطبقة الوسطى. وليس هناك حاجة للنظر إلى التماسك الاجتماعى على أنه عامل واحد بحيث يكون لمجتمعات بأكملها مستويات عالية أو منخفضة منه ويكون التنوع داخلها طفيفاً.

وقد ورد فى الفصل السادس أعلاه ذكر أحد مغريات التأكيد بعض الشيء على هذه النظرة. فقد وجد ليون Leon (اتصال شخصى معه) أن أسباب الموت التى تسهم إسهاماً هاماً فى فوارق الوفيات بين أوروبا الشرقية والغربية هى أيضاً الأسباب ذات الأهمية الكبرى بالنسبة للفوارق الطبقة الاجتماعية فى الوفيات فى بريطانيا. وعلى افتراض أن هذا يعنى وجود أسباب مشتركة فى مجموعتى الفوارق؛ فإنه يقلل الاعتراضات بالنسبة للتماسك الاجتماعى. فتفسخ الحياة العامة والانحدار إلى "الأسرية اللاأخلاقية" فى أوروبا الشرقية خلال السبعينيات والثمانينيات يرتبط بشكل واضح جداً باتساع هوة الوفيات بين الشرق والغرب فى العقدين المذكورين. وقد يكون هذا أقرب إلى طبيعة الحياة المدمرة اجتماعياً فى المناطق المتداعية داخل المدن فى الدول المتقدمة.

والمواد التى جنيناها من الأنثروبولوجيا الاجتماعية وعلم النفس الاجتماعى فى الفصل السابع توحى بالمدى الذى يمنعنا فيه انعدام المساواة وما يرتبط به من افتقار إلى التماسك من أن نكتشف أنفسنا بصفتنا كائنات اجتماعية. ومن المحتمل أن علم الوبائيات الذى يظهر أهمية العلاقات الشخصية الوثيقة والشبكات الاجتماعية الأوسع بالنسبة للصحة يظهر حقاً طريقة أكثر جوهرية يحتاج الناس أن يعيشوا بها من خلال بعضهم البعض وبالعلاقة مع بعضهم البعض ليعثروا على مصادر أساسية لتأكيد الذات.

والمدخل الوحيد نصف المعقول لربط الدخل النسبي بالصحة دون المرور بطريق نفسي - اجتماعي هو اقتراح أن المجتمعات الأقل مساواة فيها ضغوط اجتماعية على الاستهلاك؛ مما يعنى وجود احتمال أكبر في أن يحول الناس إنفاقهم عن تلبية الشروط المادية المسبقة للصحة. فإذا كان هناك شعور بالحاجة إلى سيارة أجمل وملابس أغلى ثمناً فقد تتحول المصروفات من الطعام وغيره من الضروريات. ولكن في حين أنه لا بد من وجود تأثيرات من هذا النوع؛ سيكون من الصعب جعل مدخل مثل هذا يفسر السبب في أن درجة ميل الصحة تصعد السلم الاجتماعي إلى قمته. وأدلة قوة التأثير الذي يمكن أن تمارسه العوامل النفسية على الصحة تزيل الكثير من مبررات تفضيل سبل مادية حصراً، وهي تزيلها إلى درجة أنها تجعل التمسك بتفسيرات مادية محضة يبدو أنه نفى تقريباً لأهمية التفسيرات الاجتماعية.

وفي أى تقدير للأهمية النسبية للعوامل المختلفة المؤثرة في صحة السكان، ما يهم ليس ببساطة حجم الخطر الصحي الإضافي على الأشخاص المعرضين له، بل وأيضاً نسبة السكان المعرضين للخطر. وقد يكون الاعتبار الذي يفوق كل الاعتبارات الأخرى في جعل العوامل النفسية - الاجتماعية تبرز على أنها على الأرجح أهم محددات صحة السكان في الدول المتقدمة هو ببساطة النسبة العالية من السكان المعرضة لأشكال متنوعة من الضغط النفسي.



## الفصل العاشر

### القردة الكلبية وموظفو الخدمة المدنية وطول الأطفال

تأتى بعض البحوث أكثر إثارة للاهتمام فى مجال السبل الفيزيولوجية التى من خلالها يؤثر التنظيم الاجتماعى على الصحة من دراسات لحيوانات رئيسة أخرى، وهو شىء قد لا يكون متوقعاً. ويبين هذا البحث كيف أن مركز الفرد فى التسلسل الهرمى الاجتماعى يؤثر فى مستويات الضغط النفسى، وكيف أن الضغط المزمن يؤثر عندئذ فى المعالم المركزية لعملية التقدم فى السن.

منذ سنوات كثيرة يدرس روبرت سابولسكى Robert Sapolsky القردة الكلبية البرية فى سِرِنجَتى Serengeti [فى تنزانيا] وقد بين بعض التأثيرات الفيزيولوجية للهيمنة الاجتماعية بينهم. وهو لا يدرس سوى الذكور البالغين؛ لأن (٨٠) بالمائة من الإناث حاملات أو مرضعات ويمكن للسهام المخدرة التى يستخدمها أن تعرض الحمل للخطر أو أن تحدث اضطراباً فى رعاية الصغار. وهو يصف القردة الكلبية أنها لا تضى أكثر من أربع ساعات يومياً فى البحث عن الطعام، مما يترك (١٢) ساعة يومياً للسلوك الاجتماعى. وللقردة علاقات اجتماعية معقدة فيها أنماط من الهيمنة والخضوع، ومن التحالفات والصداقات، وتولد روح التنافس بينها بنية هرمية اجتماعية محددة بوضوح. وقد أوضح سابولسكى أن لدى الذكور ذوى المراتب المنخفضة مستويات من الهرمونات القشرانية السكرية أعلى بكثير من ذوى المراتب العالية، ويين أن هذا رد فعل على المستويات الأعلى من الضغط النفسى التى تتعرض لها الحيوانات التابعة فى مواجهتها المستمرة مع الحيوانات الأكثر هيمنة (سابولسكى ١٩٩٣). والقشرانيات السكرية هى هرمونات ستيرويدية تطلق أثناء الضغط النفسى كجزء من آلية "القتال أو الهروب". وبصفتها هذه تعتبر أحد المكونات الرئيسية للجهاز الذى بواسطته تحول موارد الجسم من المهام غير المستعجلة، مثل النمو وترميم الأنسجة والجهاز المناعى، إلى تهيئة الجسم للعمل الفورى، وتعبئة ما يلزم من

موارد الطاقة للعضلات. وليست المسألة مسألة نوبات قصيرة من الضغط النفسى ينتجها إنذار مؤقت بالخطر، بل الضغط النفسى المتواصل أو المزمّن الذى تتعرض له الحيوانات ذات المكانة الدنيا؛ مما يعنى سحب الموارد من وظيفة الحفاظ على الصحة لفترات طويلة.

ومن أهم التأثيرات الضارة للضغط النفسى المزمّن أن آليات التغذية المرتدة التى تضبط الهرمونات القشرانية السكرية تتبلد بفعل التعرض الطويل الأمد للمستويات العالية أثناء الضغط النفسى. وفى الواقع يؤدى الارتفاع المتواصل لمستويات الهرمونات القشرانية السكرية إلى موت مستقبلات العصبونات فى الحصين التى هى أساس جهاز التحكم فى التغذية المرتدة (سابولاسكى ١٩٩٢؛ مينى وآخرون. *Meaney et al.* ١٩٨٨). وقد تبين عند فحص قردة أسيرة من نوع الفرقت متدنية المرتبة بعد موتها أنها ليست مصابة بقرحات معدية وتحمل آثار عضات فحسب، بل لديها أيضاً تنكس حصينى شديد يعكس التنكس العصبونى الذى يسببه الضغط الاجتماعى المستمر وارتفاع الهرمونات القشرانية السكرية (يونو وآخرون. *Uno et al.* ١٩٨٩). ومع مرور الزمن يسبب تشميل آلية التغذية المرتدة صعوداً مستمراً فى المستويات الأساسية للهرمونات القشرانية السكرية. وبين القردة الكلبية التابعة لا يصل الأمر بمستويات الهرمونات القشرانية السكرية للانخفاض بشكل أبطأ بكثير بعد الأحداث المسببة للضغط النفسى مما يحدث لدى القردة المهيمنة فحسب، بل إنها تحقق فى النزول إلى المستوى المنخفض نفسه. (وقد كانت أجزاء أخرى من عمليات الضغط المزمّن نفسها هى المسؤولة عن تغير حجم الغدتين الكظرية والصغترية (التوتة) الملاحظ فى أجسام الفقراء المستخدمة فى دروس التشريح الأولى والذى ورد ذكره فى الفصل السابق.) والجهاز بأكمله يُرفع تدريجياً مع استمرار الضرر الذى يصيب آلية التغذية الراجعة بفعل المستويات الأعلى من الهرمونات. والنتيجة هى أن المستويات الأساسية لهرمونات الضغط النفسى تتجه إلى الارتفاع مع تقدمنا فى السن وتعرض الحصين للضرر المستمر. ولكن الحصين بالإضافة إلى تنظيمه للهرمونات القشرانية السكرية له أهمية خاصة فى التعلم والذاكرة. ومن هنا فمن المرجح أن يرتبط عدد من معالم التقدم فى السن، بما فيها فقدان الذاكرة، مع التعرض المتراكم للضغط النفسى طوال الحياة.

ولكن توجد أدلة أيضاً على أن الاستجابات للضغط طوال الحياة بعد البلوغ تتأثر بما يحدث في مطلع الحياة. فقد تبين أن الجرذان التي تلمس أو تُمسك يومياً في الفترة بين الولادة والفتام لديها مستويات أدنى من الضغط ومستويات أساسية أدنى من الهرمونات القشرانية السكرية، ويستمر ذلك معها طيلة الحياة. ويبدو أن اللمس والمسك يجعلانها أكثر استرخاءً، مما يبطئ الحلقة المفرغة التي تحدث فيها المستويات العالية من الهرمونات القشرانية السكرية الضرر بالآلية المنظمة؛ مما يسبب مزيداً من ارتفاع تلك المستويات. ويزداد الفارق بين الجرذان التي تتعرض للمسك أو اللمس في أوائل حياتها والتي لا تتعرض له مع تقدمها في السن. ويمكن رؤية تأثيرات الضرر الذي يلحق بالحصين على عمل الدماغ فيما تبديه الجرذان التي تعرضت للمسك واللمس من أداء أفضل بصورة ملحوظة في تعلم الركض في الماهات في وقت لاحق من حياتها (ميني وآخرون ١٩٨٨).

وقد تم إيضاح عدة سبل يرجح أن يؤثر الضغط الاجتماعي المتواصل من خلالها على الصحة لدى القردة الكلبية ذات المراتب الدنيا. فقد تبين أن مستويات الكورتيزول الأساسية المرتفعة لدى الحيوانات المتدنية المكانة ترتبط بتعدادات أدنى للخلايا اللمفاوية مما يعكس التأثيرات الكابتة للمناعة التي تحدثها الهرمونات القشرانية السكرية. وقد أوضح عدد من الدراسات (ذكرت في الفصل السابق) أن هناك احتمالاً أكبر أيضاً في أن تعاني الكائنات البشرية الأمراض السارية حين تتعرض لضغط نفسي. وقد بينت دراسة ورد ذكرها في الفصل السابق أن نسبة الأشخاص الذين أصيبوا بالزكام حين إعطائهم قطرة أنفية تحتوى على حمات الزكام تتعلق بمستويات الضغط النفسي (كوهين وآخرون Cohen et al. ١٩٩١). ووجدت دراسة أخرى أن مساحات الحلق المأخوذة من طلاب يؤبون الامتحان أظهرت مستويات أدنى من العمل المناعي (س. كينيدي وآخرون Kennedy, S. et al. ١٩٩١).

كما بينت دراسة القردة الكلبية أيضاً أن بعض عوامل الخطر بالنسبة للمرض القلبي الوعائي تتأثر أيضاً بالمكانة الاجتماعية (سابولسكى ١٩٩٣). ومثلما هي الحال بالنسبة للهرمونات القشرانية السكرية يبقى ضغط الدم مرتفعاً لفترة أطول بين الحيوانات ذات



المكانة المتدنية بعد مواجهة مسببة للضغط النفسى مما يبقى لدى الحيوانات المرتفعة المكانة. وحين يهبط فى نهاية المطاف لا يهبط إلى مستويات فى درجة الانخفاض نفسها، مثلما ينخفض فى الحيوانات ذات المكانة العالية، ويزيد هذا من خطر مرض القلب والسكتة بين الأشخاص الأدنى منزلة فى البناء الهرمى الاجتماعى. وإضافة إلى ذلك، رُبط الارتفاع الأساسى لتركيز الكورتيزول لدى القردة الكلبية ذات المكانة المتدنية بالتدنى فى نسبة البروتينات الشحمية العالية الكثافة إلى المنخفضة التركيز. ويؤدى هذا إلى تراكم أسرع لرواسب الكوليسترول فى الأوعية الدموية، وذكر الباحثون تضيقاً للشريان الإكليلى وللأبهر لدى الحيوانات ذات المكانة المتدنية. وهذه التغييرات هى عوامل خطر هامة بالنسبة لمرض القلب عند الإنسان.

وقد لفت بَنَر Bunner الانتباه إلى عدد من أوجه الشبه الأخرى بين الطريقة التى تتأثر فيها عوامل خطر مرض القلب الإكليلى بالمكانة الاجتماعية بين أفراد البشر والقردة الكلبية (بنر ١٩٩٦). وهو يستخدم بيانات من دراستين تناولتا (١٧٠٠٠) و (١٠٠٠٠) موظف حكومى يعملون فى لندن. وكانت دراسة وايت هول الأولى Whitehall I هى التى وجدت أن معدلات الوفيات من مرض القلب المعدلة حسب العمر بلغت بين أدنى درجات موظفى المكاتب أربعة أضعاف ما هى عليه بين الموظفين من أعلى الدرجات (انظر الفصل الرابع). وكان الهدف من الدراسة الثانية أخذ قياسات فيزيولوجية ونفسية - اجتماعية أكثر تفصيلاً فى جهد لتحديد مصدر الفرق فى الصحة. ويذكر بنر أنه بين موظفى الخدمة المدنية، كما هو الحال تماماً بين القردة الكلبية، كانت هناك درجات ميل اجتماعية فى مستويات البروتينات الشحمية القليلة الكثافة (التي تزيد من احتمال تجلط الأوعية الدموية ومرض القلب) وفى البروتينات الشحمية الشديدة الكثافة (التي تساعد فى إزالة الكوليسترول) - وفى كلتا الحالتين كانت درجات الميل فى غير صالح الموظفين والقردة من المراتب المتدنية. وهذه الفوارق مع الفوارق فى الفيبيرينوجين (الذى يزيد من التجلط) تفسر نحو ثلث الازدياد فى مرض القلب بين الموظفين نوى المراتب المتدنية. ويوحى بنر، مثلما يوحى سابولسكى، بدور مركزى يلعبه الضغط النفسى المزمن. فهو يقول إن أكثر السبل ترجيحاً تربط الاستجابة للضغط المزمن

الصادر عن الجهاز الكظري النخامي الوطائي، وما ينتج عنه من مستويات مرتفعة من الستيرويد القشري، بالبدانة في الوسط ومقاومة الإنسولين والصيغة الضعيفة للشحميات وازدياد نزعة تجلط الدم (برنر ١٩٩٦؛ ص ٢٩). وعلى الرغم من أن اهتمام برنر الرئيسي هو مرض القلب الإكليلي فهو يشير أيضاً إلى احتمال أن تؤثر سبل أخرى في الجهاز المناعي.

وعند البحث في متلازمات المركز الاجتماعي الفيزيولوجية المتشابهة لدى الإنسان وبعض الحيوانات الرئيسة الأخرى، فمن الهام التأكيد على أن العلاقة ليست تعبيراً عن فرز للمجموعة السكانية وفق صفاتها الوراثية. وقد أثبت سابولسكى أن ارتفاع الهرمونات القشرانية السكرية هو استجابة مباشرة على الضغط الاجتماعي. ويمكن من ملاحظة تأثيرات الحيوانات البرية التي تنتقل إلى مجموعة جديدة يتغير فيها مركزها الاجتماعي، والحيوانات الأسيرة التي توضع في جماعة مختلفة. كما تحدث عن مستويات الضغط النفسي المرتفعة في الأوقات التي لا تكون البنية الهرمية الاجتماعية مستقرة فيها وحين تتعرض المجموعة بأكملها لتحديات بيئية. فبين القردة الكلبية يبدو ازدياد الضغط متعلقاً بوضوح بتواتر التحدي والتهديدات من الحيوانات الأكثر هيمنة.

وكون التوصل إلى البنية الهرمية الاجتماعية يتم بين البشر بطرق مختلفة بالمقارنة مع الحيوانات الرئيسة الأخرى قد يعنى أننا يجب أن نحذر من افتراض أننا نرى العمليات الأساسية نفسها في أنواع species مختلفة. وبالرغم من أن الناس يتجاسرون في مواجهة بعضهم بعضاً ويمتثلون لذوى المكانة الأعلى - بل إن هناك تقارير عن بعض كبار موظفي الخدمة المدنية الذين أصيبوا بمرض جسمي بعد تأنيب لفظي تلقوه من وزراء سيئى الأمزجة - فالتهديد الكامن عند الإنسان ليس في أن يتعرض للعض بقدر ما هو تهديد بالعقوبات الاقتصادية مثل فقدان الوظيفة أو ضياع فرصة للترقية. وقد ذكر برنر أن تدهور نسبة البروتينات الشحمية العالية الكثافة إلى القليلة الكثافة بين موظفي الخدمة المدنية من المراتب الدنيا يتعلق إلى حد كبير بالتواتر الأكبر للمشكلات المالية بينهم، بالإضافة إلى تعلقه بأمور أخرى. ولكن ليس من المرجح فقط أن المركز الاجتماعي المتدنى يولد ازدياداً في الضغط النفسي

لأسباب مختلفة تماماً بين المجتمعات البشرية ومجتمعات الحيوانات الرئيسة الأخرى، بل إن كثيراً من أسباب الوفاة المتعلقة بالمكانة الاجتماعية المتدنية بين البشر ليست موجودة بين الحيوانات. وعلى سبيل المثال، أسباب الفوارق الطبقيّة الاجتماعية الكبيرة في حوادث الطفولة تتعلق جزئياً بعدم توافر مكان للعب معزول عن المرور وبمصادر الخطر الأكثر تواتراً في البيوت الفقيرة. كما أن القردة الكلبية التي تعاني الضغط النفسي لا تعتاد على شرب المسكرات أو التدخين أو تناول المخدرات. ولكن مع تذكر الفوارق الهامة الواضحة، من المفيد تذكر الارتباط المشترك بين الضغط والمركز الاجتماعي المتدني.

### محور الطول:

إن جزءاً مهماً من الطريقة التي يترجم الضغط النفسي المزمّن فيها عدم المساواة الاجتماعية - الاقتصادية إلى صور من عدم المساواة في الصحة ينطوي على قصة تثير الفضول حول الطريقة التي يتعلق بها الضغط العاطفي أثناء الطفولة وطول القامة والقدرة على التحرك الاجتماعي جميعاً ببعضها البعض. فقد اكتملت مؤخراً عدة أبحاث مهمة تلقى ضوءاً جديداً على فهمنا للدور الذي يلعبه الطول في صور عدم المساواة الصحية. وهي توفر مثلاً مثيراً للاهتمام عن التفاعلات بين العوامل الاجتماعية - الاقتصادية والعمليات النفسية - الاجتماعية والنتائج الفيزيولوجية والاجتماعية.

من المعروف منذ زمن طويل أن الطول له علاقة بالقدرة على التحرك الاجتماعي؛ فطوال القامة يرتقون السلم الاجتماعي ولديهم احتمال في الحصول على الترقية أكثر من القصار (نيستروم بك Nystrom Peck ١٩٩٢). وقد أثبت منذ فترة تعود حتى عام ١٩٥٥م أن لدى طويلات القامة فرصة أكبر من القصيرات في الزواج من رجال من طبقة اجتماعية أعلى (إلسلي ١٩٩٥). وفي دراسة وايتهول تبين أن طول موظفي الخدمة المدنية أوثق ارتباطاً بمرکزهم في الهرم الوظيفي وهم كبار من ارتباطه بالطبقة الاجتماعية لعائلاتهم أثناء طفولتهم (مارموت ١٩٨٦). ويوحى هذا أن الفرز الاجتماعي، أو الانتقاء حسب الطول، أكثر قوة من تأثير الطبقة الاجتماعية على النمو أثناء الطفولة.

وقد افترض منذ زمن طويل أن تفسير أن لدى الطوال احتمالاً أكبر في ارتقاء السلم الاجتماعي هو أن جميع الآخرين ينظرون على نحو ما إلى طوال القامة بإعجاب ويحترمونها، كما لو كان لديهم تفوق طبيعي. ولكن كشفاً مهماً تحقق في بحث قدمه مونتجرى Montgomery وبارتلى Bartley وآخرون (١٩٩٦). وقد استخدموا بيانات من دراسة واسعة تتبععت مجموعة من (١٧٠٠٠) شخص منذ ولادتهم عام ١٩٥٨ م. واستخدمت المعلومات حول ما إذا كانوا عاطلين عن العمل أم لا في بداية شبابهم مؤشراً على احتمال قدرتهم على التحرك المهني. وقد وجد الباحثون أنه على الرغم من أن فرص البطالة كانت، كما هو متوقع، أعلى لدى قصار القامة، فإن البطالة كانت أكثر احتمالاً بكثير بين الأشخاص الذين كانوا قصاراً وهم أطفال مما كانت بين القصار من البالغين. وأظهرت الدراسة بشكل شديد الوضوح أن البطالة في الكبار ترتبط بعلاقة أوثق جداً مع الطول في سن السابعة من علاقتها مع الطول في الكبر (رغم أن أطوال القامة في كل سن متعلقة بشكل وثيق بعضها ببعض، فإن الناس ينمون بسرعات مختلفة مما يعنى أن القصار في سن السابعة لا يصبحون جميعاً أشخاصاً بالغين قصيرى القامة، كما لا يكون جميع الطوال في سن السابعة طوالاً في الكبر).

هذه النتيجة المهمة تجبرنا على القيام بإعادة تقويم جوهرية لما يجرى، ومما يزيد من أهمية ذلك إلى حد كبير أن العلاقة الوثيقة جداً بين الطول والصحة كانت دائماً واضحة. وهنا يبدو أن التفسير المفترض هو أن طوال القامة هم ببساطة نماذج متفوقة بدنياً من جميع النواحي. ولكن لو كانت قدرة الطوال على التحرك إلى الأعلى؛ لأن وجودهم الجسمي يترك انطباعاً حسناً لدى الجميع - لارتبطت قدرتهم على التحرك الاجتماعي بعلاقة مع طولهم في الكبر أوثق من أية علاقة أخرى. وظهور أنها أوثق علاقة بطولهم في الطفولة يعنى أن طول القامة في الكبر هو مجرد انعكاس بعيد لشيء في الطفولة يؤثر في كل من الطول في الطفولة والقدرة على التحرك الاجتماعي في المستقبل. والسؤالان اللذان يطرأان هنا هما ما هي محددات طول قامة الأطفال؟ وهل يشكل أى من تلك المحددات تأثيراً معقولاً على القدرة على التحرك الاجتماعي في مستقبل الحياة؟

لا شك أن التغذية هي في المجتمعات الفقيرة أحد أهم العوامل. ولكن مع تحسن مستويات التغذية أثناء مسيرة التطور الاقتصادي، من المرجح أن تقل أهميتها كتفسير للفوارق الباقية في الطول في الدول الأكثر ثراء. كما أن علينا أن نتذكر أنه بالإضافة إلى التأثيرات البيئية يوجد مكون وراثي كبير ينزع إلى أن يكون طول الأطفال أقرب إلى طول آبائهم وأمهاتهم. وما يثير الاهتمام أن عدة أعمال بحثية تمت مؤخراً في دول متقدمة أظهرت أن العوامل النفسية - الاجتماعية والعاطفية لها أيضاً تأثير مهم على طول القامة. فقد وجدت دراسة سويدية سألت أشخاصاً بالغين عن ظروف طفولتهم أنه بالإضافة إلى كون قصار القامة ينمون في ظل ضائقة اقتصادية وفي عائلات عدد أفرادها أكبر، فمن المرجح أيضاً أنهم كانوا في طفولتهم يعانون صراعاً في المنزل (نيسستروم بك ولندبرج Lundberg ١٩٩٥).

وباستخدام بيانات من دراسة عام ١٩٥٨م لجماعة من الناس، التي لم تعتمد مثل الدراسة السويدية على التذكر الاسترجاعي، وجد باور Power أن قصر القامة في الكبر يرتبط بتقارير عن مشكلات نفسية - اجتماعية في الطفولة، وخاصة التبول في الفراش (باور ومانور Manor ١٩٩٥). والتبول في الفراش ينظر له دائماً على أنه مؤشر على اضطراب عاطفي. وفي تاريخ قريب العهد جداً، استخدم مونجمرى وبارتلى أيضاً بيانات من دراسة مجموعة الأشخاص من مواليد عام ١٩٥٨ ليثبتا بشكل قاطع أن بقاء النمو في الطفولة يرتبط بالنزاعات العائلية (مونجمرى وبارتلى، قيد النشر، ١٩٩٦). واستخدم طول الأبوين لضبط المؤثرات الوراثية الهامة على طول القامة.

والجديد هو الأدلة على أن العوامل النفسية تسهم حتى في اختلافات الطول القريبة من المستوى الطبيعي. ومنذ زمن طويل هناك إدراك بأن الحالة التي تدعى "القزامة النفسية الجينية" التي يتوقف الأطفال فيها عن النمو تنتج عن صدمة عاطفية في الطفولة. لكن هذا كان يعتبر تأثيراً متطرفاً. كما لوحظ مراراً أن الأطفال القصار القامة كثيراً ما يعانون مصاعب عاطفية، لكن كان الافتراض دائماً هو أن هذه الصعوبات هي نتيجة قصر القامة وليست سببه (ستيلر Stabler وأندروود Underwood ١٩٨٦).

ويطرح تقرير منفرد بعد الحرب العالمية الثانية بفترة قصيرة فكرة أن العوامل النفسية - الاجتماعية لها تأثير هام على معدلات النمو الطبيعية (ويدوسون Widdowson ١٩٥١). وقد صممت الدراسة لتقويم تأثير التغذية على النمو. فقد تقرر دعم المخصصات الغذائية الهزيلة نسبياً التي تقدم في دور الأيتام الألمانية بعد الحرب بوقت قصير. وجرت مقارنة نمو الأطفال في ميثم أعطى الأطفال فيه طعاماً إضافياً مع نمو أطفال ميثم آخر لم يحصلوا إلا على المخصصات الأساسية. ولكن تغييراً للقيمتين اللتين تقومان بإدارة الدارين في منتصف فترة الدراسة كان له حسبما بدا تأثير أكبر على النمو مما كان للإضافات الغذائية. فقد كان النمو في أسرع حالاته حيثما تكون القيمة العظيمة الحنون، وكان أبطأ في وجود القيمة الأكثر تحكماً وبرودة والأقل إبداء للعواطف. وفي هذا السياق فإن الاتجاه الذي كان ثابتاً لفترة طويلة إلى اعتبار جميع الارتباطات بين قصر القامة والصعوبات العاطفية في الطفولة على أنها النتائج العاطفية لكون الطفل قصير القامة يثير الاهتمام بصورة خاصة. وقد وصف مونتجمري الخطوط العريضة لسبيل فيزيولوجي محتمل يمكن أن يفسر كيف تؤثر العوامل النفسية - الاجتماعية على طول القامة (مونتجمري وبارتلي، قيد النشر، ١٩٩٦). فهو يشير إلى أن الاضطراب المتكرر في النوم يقلل إفراز هرمون النمو، وي طرح أيضاً فكرة أن الضغط قد يؤدي إلى مستويات مرتفعة من البيتا إندورفين الذي يثبط إطلاق هرمون النمو لدى الأطفال قبل سن البلوغ. وقد بينت دراسات أجريت على قردة الرئص *rhesus monkeys* أيضاً أن إطلاق هرمون النمو يتأثر بنوعية الارتباط بين الأم والطفل (شامبو وآخرون *Champoux et al.* ١٩٨٩).

ولا يمكننا الآن ألا نرى فقط أن طول القامة يتأثر بالعوامل النفسية - الاجتماعية أثناء الطفولة، ولكن أيضاً أن من المرجح أن تلك العوامل النفسية - الاجتماعية ذاتها يمكن أن تفسر النجاح المهني الأكبر وازدياد إمكانية التحرك الاجتماعي نحو الأعلى بين طوال القامة. فبصورة أساسية يعود كونهم أطول إلى أنهم نجوا من بعض الصدمات العاطفية والضغط النفسي (الناجين في كثير من الحالات عن النزاع العائلي) اللذين عانى الأطفال الآخرون

منهما، والاحتمال أكبر بالنسبة لهم في التحرك نحو الأعلى خلال حياتهم الوظيفية؛ لأنهم في وضع نفسي وعاطفي أفضل من الأشخاص الأقصر قامة. ومن المحتمل أن القدر الأكبر من الطمأنينة العاطفية الذي يتمتعون به يعنى أنهم أكثر تلاؤماً وأفضل أداءً.

واستخدام طول الأبوين لضبط التأثيرات الوراثية على طول القامة أمر هام؛ فدراسات التوائم توحى أن الجينات في المجتمعات المتقدمة تفسر نسبة من الفوارق في الطول أعلى من نسبة أى من المتغيرات التنموية والصحية الهامة لأخرى. فقد يصل مقدار التنوعات في الطول العائدة إلى الوراثة الجينية إلى (٨٠) بالمائة. ولو كان هذا كل ما نعرفه لبدأ من الأرجح أن جزءاً من إمكانية التحرك الاجتماعى، والتي هي انتقائية بالنسبة للطول - سيكون شكلاً من أشكال الانتقاء الوراثى. ولكن باعتبار أن هذه الأبحاث تقوم بضبط المكون الوراثى، وقد عينت محددة بيئية لطول القامة فيما يتعلق بإمكانية التحرك الاجتماعى، يمكننا القول بشئ من الثقة أن هذا ليس دليلاً يوحى بأن هذه آلية لانتقاء الأشخاص الأطول قامة المتفوقين وراثياً. ومما يثير الاهتمام في هذا السياق ملاحظة أن المكون البيئى للاختلاف في الطول هو كالصحة متعلق بتوزع الدخل. وكما لاحظنا في الفصل الخامس، وجد ستىكل Steckel أن الفوارق في متوسط الطول في المجموعات السكانية تتعلق بتوزع الدخل (ستىكل ١٩٨٣، ١٩٩٤).

وهنا يطرأ السؤال عن السبب في أن طول القامة ممثل جيد للصحة في سن لاحق. ما الذى يجعل الأشخاص الأطول أكثر صحة؟ لا شك أن جزءاً من الجواب هو أنهم بسبب تميزهم من حيث القدرة على التحرك الاجتماعى يعيشون في ظروف أفضل وضغط أقل، ومع ذلك تبقى صحتهم أفضل حتى بعد الضبط من حيث الطبقة الاجتماعية والمكانة المهنية (مارموت وآخرون Marmot et al. ١٩٨٤؛ مارموت ١٩٨٦؛ نىستروم Nystrom Peck ١٩٩٢). ولكن بالإضافة إلى التأثير الهام لظروفهم الحالية، هناك أسباب للاعتقاد بأن العمليات النفسية - الاجتماعية التى تربط طول القامة في الطفولة بقدرة البالغين على التحرك الاجتماعى تسهم أيضاً إسهاماً مباشراً في تمتع الطوال من الناس بقدر أكبر من الصحة.

وقد قارنت دراسة يابانية مستويات أداء الوظائف الإدراكية بين التوائم فى سن متقدمة، حين تتراوح أعمارهم بين (٥٠) و (٧٨) عاماً (هاياكاوا وآخرون Hayakawa et al. ١٩٩٢ ب). واستخدم الباحثون اختبارات لأداء الوظائف الإدراكية تتصف بحساسية خاصة للتدهور التدريجى فى المقدرة الذهنية الذى يرافق التقدم فى السن؛ ولذلك فإن متوسط درجات الاختبار فى هذه الدراسة تدهور مع ازدياد السن، أى أن الدرجات كانت أدنى بين التوائم فى الستينيات من العمر منها بين التوائم فى الخمسينيات من العمر، وزاد انخفاضها بين التوائم فى السبعينيات. وفى الواقع كان معظم التوائم فى الخمسينيات والستينيات من العمر وتعرضت طفولة الكثيرين منهم للاضطراب بسبب الحرب العالمية الثانية. فبعضهم فقد أحد أبويه أو كليهما أو كانوا أطفالاً متبنين، وكانت هذه المصيبة هى التى أعطت فرصة خاصة للبحث. وكان هدف الدراسة اكتشاف كيفية اختلاف أداء الوظائف الإدراكية لكل توأم عن شقيقه أو شقيقتها (فالدراسة اقتصررت على التوائم من الجنس نفسه). وبعد ذلك يمكن تحليل مدى تشابه التوأمين أحدهما مع الآخر أو اختلافهما، ليس فقط وفق ما إذا كانا متماثلين وراثياً أم لا، ولكن وفق الفترة الزمنية التى أمضيها معاً فى طفولتهما. وقد أظهرت النتائج شيئين مهمين. فلولاً تشابه أداء الوظائف الإدراكية لدى التوائم غير المتماثلة والتوائم المتماثلة فى اختبارين من الاختبارات الثلاثة أوضح أن ما يحدد أداء الوظائف الإدراكية فى السن المتقدمة هو إلى حد كبير العوامل البيئية لا الوراثية. (فأى مكون وراثى فى التشابه كان يجب أن يزيد الشبه بين التوائم المتماثلة). وثانياً، أظهرت الدراسة أن درجة كل من التوأمين كانت إلى حد كبير مشابهة لشقيقه أو شقيقتها إذا كانا قد أمضيا طفولتهما معاً (بغض النظر عما إذا كانا متماثلين أم لا). وكلما كان التفريق بينهما فى فترة أبكر؛ يقل تشابههما فى أداء الوظائف الإدراكية فى مستقبل حياتهما. وقد ارتفعت الارتباطات من نحو (٠,١) بين التوائم الذين افترقوا بين الولادة وسن الخامسة إلى نحو (٠,٧) بين الذين بقوا معاً خلال طفولتهم بأكملها (انظر الشكل ١٠ - ١). ويعطى هذا دليلاً قوياً على أن التدهور فى أداء الوظائف الإدراكية فى مستقبل العمر يتأثر بقوة بما حدث فى المرحلة المبكرة من الحياة. (وهذا أيضاً اعترض مهم على عمل بلومين Plomin الذى يقلل من أهمية البيئة

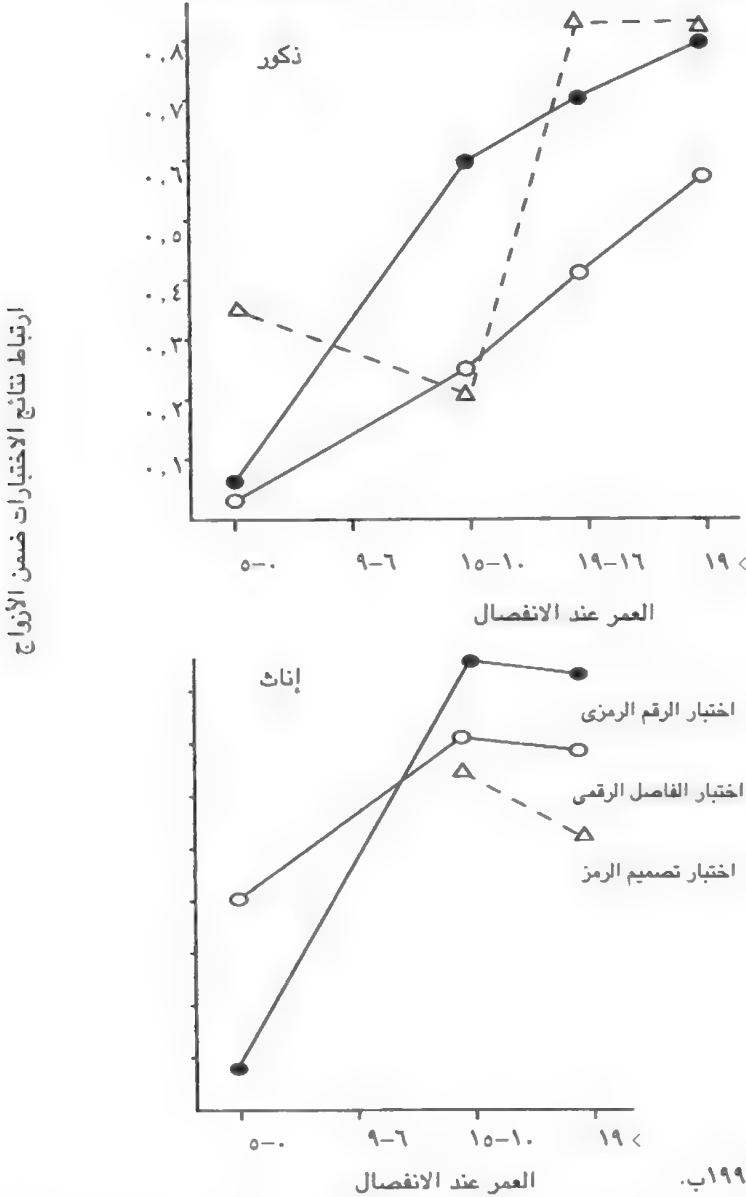


المشاركة في الطفولة في التأثير على كثير من قياسات النمو) (بلومين ودانيلز Daniels ١٩٨٧؛ دن Dunn وبلومين ١٩٩١).

وهذا النمط يعيد إلى الأذهان بصورة واضحة البحث الذي ورد تلخيص له في مكان سابق من هذا الفصل حول الأثر الإيجابي للتربية على الحيوانات الصغيرة في بداية حياتها (سابولسكى ١٩٩٢). فالتجارب أظهرت أن لدى الحيوانات التي تتعرض للمس والمسك مستويات أدنى من الضغط المزمن، وبالتالي يكون سيرها أبطأ في الدوامة المفرغة التي بفعالها توقع مستويات الكورتيزول المرتفعة الضرر بالحصين، وتسرع تدهور أداء الوظائف الإدراكية الذي يرافق الكبر في السن.

وما ينطوى هذا عليه هو أن أداء الوظائف الإدراكية لدى التوائم اليابانيين المتقدمين في السن يكون أكثر تشابهاً إذا كان التوأمين قد أمضيا طفولتهما معاً؛ لأنهما في تلك الحالة يكونان قد اشتركا في مقدار كبير من البيئة العاطفية نفسها. وكما هي الحال بالنسبة للجرذان التي تتعرض للمس والمسك والتي حققت نتائج أفضل في تعلم المتاهات وهي كبيرة في السن، فإن التوأمين في بعض الحالات اشتركا في تجربة من الدفء العاطفي والمحبة الجسدية والاطمئنان؛ لذلك كان تدهور أداء الوظائف الإدراكية لديهم فيما بعد أبطأ.

الشكل (١٠ - ١): يتأثر تدهور القدرة الذهنية في مستقبل الحياة تأثراً قوياً ببيئة الطفولة. وفي اختبارات أداء الوظائف الإدراكية هذه كان الشبه أكبر في حالة التوائم المتماثلين الذين أمضوا معاً فترة أطول في طفولتهما.



ولكن التدهور في أداء الوظائف الإدراكية مع التقدم في السن ليس وحده الذي ارتبط بهذه العملية. فمن المفترض أن طوال القامة المطمئنين عاطفياً والمتحركين اجتماعياً نحو الأعلى سيكونون قد تعرضوا لمستويات أدنى من الضغط طيلة حياتهم. ورغم أنهم ليسوا بمعزل عن التأثير بالظروف المسببة للضغط النفسي من المرجح أنهم أقل عرضة للتأثر من الآخرين. وتدنى مستوى الاستجابة للضغط يعنى بدوره انخفاضاً في آثاره المدمرة للصحة التي تنقل إما عبر الأجهزة المناعية أو أجهزة الغدد الصماء (سابولاسكى ١٩٩٤). فحين تقل مرات إعداد الجسم لحالة "القتال أو الهرب" سيكرّس وقت أطول وموارد أكبر لمطالب الجهاز المناعي والنمو وترميم الأنسجة.

ويربط عمل بارتنلى ومونتجمرى وباور الذى تناول مجموعة مواليد عام ١٩٥٨م البريطانيين مع عمل سابولاسكى وزملائه الذى تعرف على بعض أهم سبل الغدد الصماء والسبل العصبية التى من خلالها تؤثر المؤثرات النفسية - الاجتماعية فى الصحة، وربط ذلك بدراسة هايكاوا للشيخوخة الإدراكية لدى التوائم - نصل إلى مؤشر واضح بصورة معقولة عن السبب الذى يجعل طوال القامة يتحركون نحو الأعلى ويتمتعون بصحة أفضل وحياة أطول؛ فمستويات الضغط فى المراحل الأولى من الحياة (كما تشير إليها أشياء مثل النزاعات العائلية والتبول فى الفراش) تقلل النمو وتؤثر فى الاستجابات للضغط خلال جزء كبير من العمر. ومن المرجح أن يعانى الأشخاص الذين تربوا فى طفولتهم فى بيئة أقل طمأنينة عاطفية مستويات أعلى من الضغط النفسى وهم بالغون. وسيلحق الضرر بفرصهم فى ارتقاء الهرم المهني وبأداء وظائفهم الاجتماعية وبصحتهم؛ بسبب شعورهم بعدم الاطمئنان وعواقبه العاطفية.

ويبدو هذا وكأنه شئ كثير إلى حد ما نعلقه على أدلة قليلة نسبياً. لكن نوعية الأدلة على أن طول القامة المبكر يتأثر بالبيئة النفسية - الاجتماعية دليل جيد، وتؤكد دراسة مونتجمرى وبارتنلى (قيد النشر، ١٩٩٦) للأطفال البريطانيين نتائج نيستروم بك ولندبرج (١٩٩٥) فى السويد ونتائج عمل ويدوسون (١٩٥١) فى دور الأيتام الألمانية. كما لا يوجد شك كبير،

على الأقل بالنسبة للحيوانات، حول فوائد ازدياد التلامس الجسدى فى فترات الحياة الأولى. وقد تبين أنه يؤثر فى هرمون النمو فى سن الرضاعة (شامبو وآخرون ١٩٨٩) وكذلك فى مستويات الضغط النفسى وأداء الوظائف الإدراكية فى مرحلة لاحقة من العمر (مينى وآخرون ١٩٨٨ Meany *et al.* ؛ سابولاسكى ١٩٩٢؛ هايكاوا ١٩٩٢ ب). وبدون هذا الربط سيكون من الصعب جداً تعليل السبب فى كون القدرة على التحرك الاجتماعى لدى البالغين أوثق ارتباطاً بطول القامة فى الطفولة منها بالطول بعد البلوغ. كما أن هذه الروابط تمكنا من فهم نتائج كالتى توصل إليها باور بأن أفضل مؤشر يتنبأ بالصحة فى بداية الشباب توفر لمجموعة مواليد عام ١٩٥٨ (دراسة نمو الطفل القومية National Child Development Study) كان تقويمات المعلمين لمشكلات الأطفال السلوكية حين كانوا فى سن السادسة عشرة (باور وآخرون ١٩٩١). وهى تمكنا أيضاً من فهم ما هو معروف عن الآثار الدائمة للنزاعات العائلية على نمو الأطفال. وقد توفر تلك الروابط أيضاً جزءاً من تفسير السبب فى أن بعض تقويمات التعليم قبل المدرسة أظهرت فوائد كبرى فيما يتعلق بالحصول على وظائف أفضل والمشاركة الأقل فى الجرائم حين يصل الأطفال إلى سن الرشد (شواينهارت Schweinhart ووايكارت Weikart ١٩٩٢). وأخيراً يجب أن تحذر هذه النتائج الناس من أخذ العلاقة بين مقاييس القدرة الذهنية فى الطفولة والقدرة على التحرك الاجتماعى التى يتم إنجازها فى الكبر على أنها انعكاس لذكاء فطرى (سوندرز Saunders ١٩٩٦).

وبالطبع لا يعنى كون تأثيرات الطفولة على مستقبل الحياة أن الحياة التى يعيشها الناس وهم كبار والظروف التى يعيشون فيها لا تمارس تأثيراً قوياً على الصحة. وقد رأينا الكثير من الأمثلة فى الفصل الماضى على آثار الظروف النفسية - الاجتماعية على الصحة بعد بلوغ سن الرشد. وتبين دراسة التوائم اليابانية وجود حيز كبير (تنوع لا تفسير له) من التأثيرات الناجمة عن ظروف يتعرض المرء لها فى وقت لاحق من حياته.

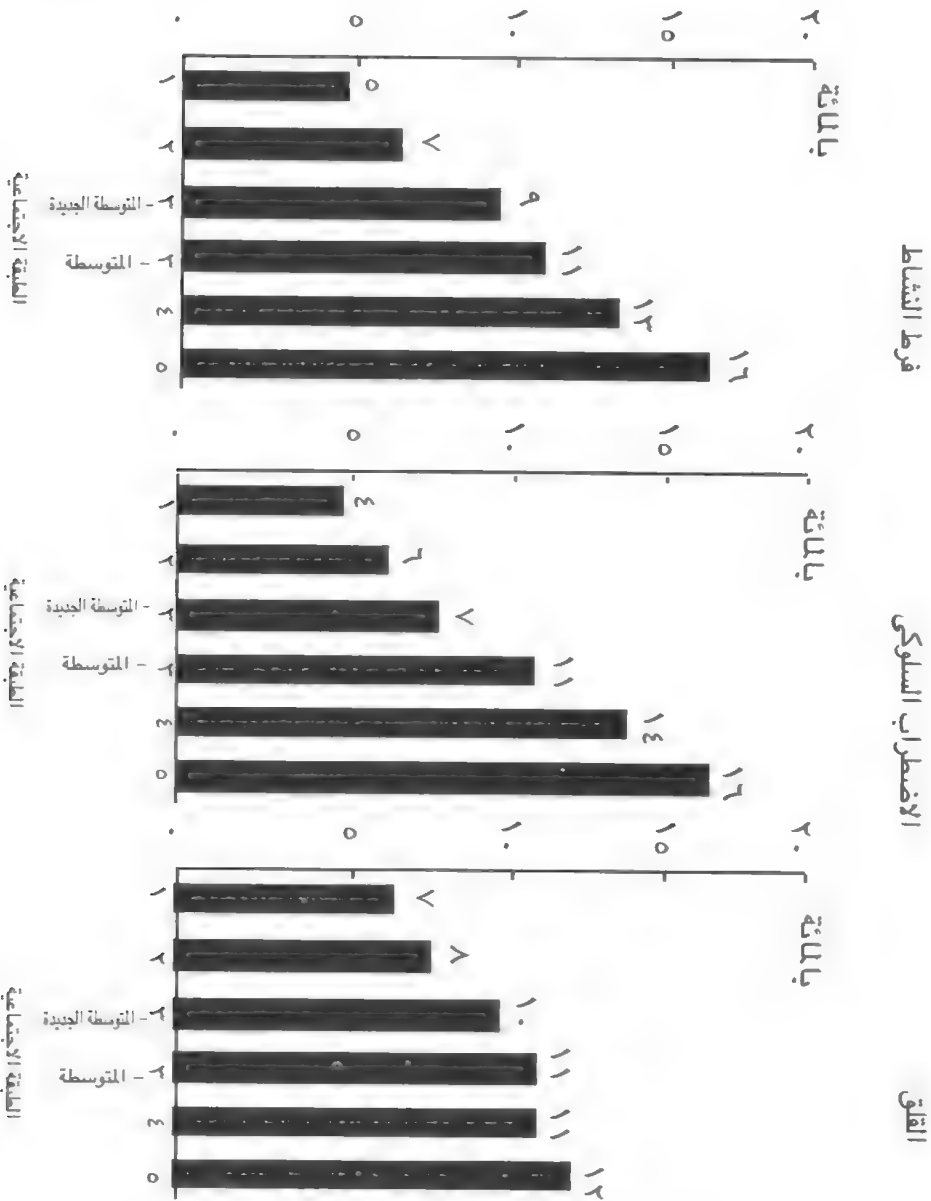
ويغض النظر عما إذا كان المجتمع متعاطفاً أم لا: فإن الذين يستسلمون لصعوباته المختلفة يكونون عادة أقل الناس حصانة. ومع أن من الممكن في كثير من الأحيان العثور على دليل على قلة الحصانة لدى الأفراد بين أولئك الذين يكون نجاحهم في أدنى مستوى: فإن ذلك لا يعنى أن أعداد الفاشلين لن تتأثر بصورة كبيرة بصرامة البيئة الاجتماعية - الاقتصادية أو تعاطفها. ولا يعنى اتجاه أقل الأشخاص حصانة لأن يكونوا أول المستسلمين - في هذا المجال أو في مجالات أخرى - الظروف الراهنة التي يعيش الناس فيها من نصيبها في اللوم. فحتى لو كان لدى كل شخص يستسلم لصعوبة بيئية ما عامل من عدم الحصانة الشخصية أيضاً، لا يعنى ذلك أن التغيير في قسوة البيئة الاجتماعية - الاقتصادية لن يؤدي إلى تقليل عدد الأعضاء الذين يستسلمون إلى النصف أو زيادته إلى الضعف.

والعلاقة بين طول القامة في الطفولة وقدرة البالغين على التحرك الاجتماعي هي عامل مساهم هام في حجم القدرة على التحرك الاجتماعي المتعلقة بالصحة التي ورد بحثها في الفصل الرابع. لكن حجم هذه العلاقة محدد بعاملين: أحدهما هو أن الصحة الأفضل التي يتمتع طوال القامة بها ليست مجرد تكهن أفضل يصاحب نشأتهم، فهي أيضاً نتيجة الظروف الأفضل التي توفرها لهم قدرتهم على الارتقاء الاجتماعي وهم بالغون. والعامل الثاني هو وجود درجة ميل اجتماعي شديدة الانحدار في الرفاهة النفسية أو العاطفية لدى الأطفال الصغار. وحين بحثنا في الفصل الثامن تدهور مستويات القراءة الذي حدث في المدارس الابتدائية في الثمانينيات من القرن العشرين أثناء ازدياد الفقر النسبي، ذكرنا نتائج من دراسة أجريت على (١٥٠٠٠) طفل تم تتبع نموهم منذ ولادتهم في السبعينيات. وقد وُجد في تقويم أجرى حين كانوا في العاشرة من العمر أن معدلات فرط النشاط ازدادت في الطبقة الاجتماعية الخامسة (المهن اليدوية غير الماهرة) بمقدار أكثر من ثلاثة أضعاف عما هي عليه في الطبقة الاجتماعية الأولى (المهن الحرفية) وازدادت معدلات اضطرابات السلوك بمقدار أربعة أضعاف. وكانت الفوارق في القلق أقل من ضعفين. وتظهر البيانات المأخوذة من وودروف وآخرين (Woodroffe *et al.* ١٩٩٣) في الشكل (١٠ - ٢). وبدلاً من إظهار أن جزءاً من عملية القدرة على التحرك الاجتماعي انتقائي بالنسبة للصحة يحتمل أن يكون

الشيوع الواسع جداً لهذه الأنواع من المشكلات بين الأطفال الصغار الذين يعيشون في ظروف أكثر فقراً مؤشراً مهماً على سبب عدم ارتفاع معدلات القدرة على التحرك الاجتماعي أكثر مما هي عليه. ولا بد أن الروابط التي أوردنا وصفاً لها سبب مهم لجزء كبير من المعوقات التعليمية والمهنية الإضافية التي يعانيها أطفال الأسر الأكثر فقراً. وعلى الرغم من صعوبات القياس ومن عدم التأكد من ماهية الشيء المطلوب محاولة قياسه بالضبط، تشهد درجات الميل في المشكلات السلوكية والعاطفية المبينة في الشكل (١٠ - ٢) بمدى ضخامة العبء الذي تفرضه مستويات الحرمان المتنامية بين العائلات ذات الأطفال لا على الأطفال، فحسب بل على المجتمع بأسره ولعدة عقود قادمة.

وليس طول القامة هو الدليل الوحيد على رابطة بين التجربة العاطفية المبكرة من جهة والصحة بعد بلوغ سن الرشد من جهة أخرى. ففي دراسة لأكثر من (٥٠٠٠) طفل مولودين عام ١٩٤٦م بين وادزورث Wadsworth أن التأثير العاطفي لتمزق الأسرة يمارس تأثيراً قوياً على الصحة وعلى أداء الوظائف الاجتماعية في أوائل الشباب (وادزورث ١٩٨٤). فالأشخاص الذين طلق والداهم أو توفيا أو افترقا بصورة دائمة لديهم احتمال أكبر في الإصابة بالقرحة المعدية أو التهاب القولون والمرض النفسي قبل بلوغهم (٢٦) عاماً من العمر. كما يوجد احتمال أكبر في أن تنتهي زيجاتهم بالفراق أو الطلاق، وفي أن يدانوا بجرائم جنسية أو عنيفة - وذلك حتى بعد الضبط حسب ترتيب الولادة وحجم الأسرة والطبقة الاجتماعية. وهناك أيضاً احتمال أقل في أن تكون علاقاتهم بأطفالهم طيبة. ومرة أخرى فإن هذه الآثار للضغط العاطفي أكثر ارتباطاً بتمزق الأسر الذي يحدث أثناء الطفولة المبكرة. وفي هذه الدراسة كانت الآثار أكبر بين مجموعة الأطفال البالغين من العمر خمس سنوات أو أقل منها بين الذين تجاوزوا الخامسة.

الشكل (١٠ - ٢): المشكلات السلوكية في سن العاشرة: الطبقة الاجتماعية، بريطانيا ١٩٨٠



المصدر: أ. أوزبورن A. Ossborn، بيانات من مجموعة مواليد ١٩٧٠ البريطانية، كما استشهد بها وودروف وآخرون ١٩٩٢.

وبالإضافة إلى ربط طول القامة بالشقاق العائلى أثناء الطفولة، وجد لندبرج فى دراسة لمجموعة سكانية تتراوح أعمار أفرادها بين (٢٠) و (٥٧) عاماً أن المرض ارتبط ارتباطاً وثيقاً بالشقاق العائلى حتى بعد الضبط وفق الطبقة الاجتماعية (لندبرج ١٩٩٣). وكانت مخاطر الوفاة أعلى بمقدار (٥٠) بالمائة بالنسبة للذين تعرضوا للنزاع العائلى فى طفولتهم.

ولا تدخل المؤثرات النفسية - الاجتماعية على الصحة وطول القامة والقدرة على التحرك الاجتماعى الصورة بدلاً من العوامل المادية والاقتصادية، بل بالأحرى هى أحد السبل التى تفسر كيف تؤثر العوامل المادية على هذه النتائج، كما تفسر السبب فى أن عوامل مثل الصحة وطول القامة والقدرة على التحرك الاجتماعى تتعلق بالطبقة الاجتماعية. وإذا كان الهدف هو تحسين رفاهية المجموعات السكانية؛ فلن يكون من الحكمة معالجة الأعراض النفسية - الاجتماعية دون تخفيض المستوى الكامن وراءها من الحرمان النسبى. فالأمر لا يقتصر على صعوبة فصل الأمرين حتى فى الحالات الفردية، لكن تقديم أى نوع من الخدمة على مستوى واسع بصورة تكفى لترك أثر على هذه المشكلات فى المجتمع ككل سيكون غير واقعى على الإطلاق: بل إن الدليل ضعيف على وجود أية فاعلية حتى على مستوى ضيق، وتكاليف مثل هذا المدخل على مستوى اجتماعى ستمنع اتباعه كلياً.





## **الجزء الخامس**

**إعادة التوزيع، والنمو الاقصادى،  
وجودة الحياة**



## الفصل الحادى عشر

### رأس المال الاجتماعى: إعادة تجميع ما تفتت

فى مرات كثيرة جداً يبدو الاقتصاد مهيمناً على الحياة، ويبدو كأن هذا الكتاب يبحث فى كيفية سيطرته حتى على طول العمر. لكن موضوعه الأكثر جوهرية هو أهمية الاحتياجات الاجتماعية البشرية، والطريقة التى تتأثر الصحة فيها بالصراع المتزايد بين الأنظمة الاقتصادية وتلبية احتياجاتنا الاجتماعية. ورسالته الرئيسية هى عن الأهمية الأساسية التى تمثلها العلاقات الاجتماعية لنا باعتبارنا كائنات اجتماعية. وفى كل المراحل فى المجتمعات البشرية، سواء أكانت غنية أم فقيرة كانت جودة العلاقات الاجتماعية محددة رئيسية للرفاهة الإنسانية وجودة الحياة.

ومع الازدياد المستمر لامتداد الأذرع الأخطبوطية لمنطق السوق القوى، يسهل التفكير فى الاقتصاد على أنه مرض عقلى يودى إلى رؤية السلوك الإنسانى بأكمله على أنه نابع من رغبة أنانية فى الوصول بالاستهلاك إلى أقصى حدوده. وفى حين أننا جميعاً مدركون لوجود حياة خارج الأسواق؛ فإننى أتذكر عالم اقتصاد كان يدرك أكثر مما هو معتاد مدى ما يغفله الاقتصاد. وكان رد فعله بناء نماذج تمضى أبعد من الاقتصاد النقدى؛ فقد استخدم طريقة تدعى تحليل المدخلات والمُخرجات input-output analysis تحاول تلخيص جميع العمليات فى اقتصاد ما بجدولة ما تشتريه كل صناعة من كل صناعة أخرى وما تبيعه لها. وفى إحدى الدراسات لم يحاول فقط أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية، بإدخال جدول بيئى للعمليات التى تجرى فى العالم الطبيعى، بل أيضاً تفاعلاتنا الاجتماعية. وقد انطوى ذلك على وضع جدول لما يجرى بين الأسر. فبالإضافة إلى مجموعة جديدة من السلع الاجتماعية التى يجرى تبادلها والتى تضمنت أشياء مثل "الاحترام"، أحد الأشياء التى قرر أن الكائنات البشرية تحتاج إليها بعضها من بعض هو الحب. لذلك أدخل الحب فى جدول الأشياء المتبادلة مع صفائح الفولاذ والمواد البلاستيكية والأدوات الكهربائية. ثم لاحظ أن

الناس لا يريدون الحصول على الحب فقط، بل يريدون أيضاً إعطاءه. وقد أدى هذا إلى سلعتين اجتماعيتين يمكن مبادلتهم: "الحب المتلقى" و"الحب المعطى". وتم التفاوض عن التمييز بين السلع القابلة للمبادلة وعلاقات الحب والاحترام التى تتعارض فطرياً مع التبادل فى الأسواق.

توفر الآثار الاجتماعية والصحية للفوارق الأوسع فى الدخل سبباً قوياً لتضييق تلك الفوارق. وتقليدياً كان القدر الأكبر من المساواة هدفاً اشتراكياً. ولكن حتى بين المستمرين فى الدعوة إليه، نجد أن منطقهم أصيب بعدوى منطق العلاقات الاقتصادية. فقد كانت النظرة الأصلية إلى القدر الكبير من المساواة فى الدخل هى أنه طريقة لتعميق التناغم الاجتماعى وتخفيض الأساس البنىوى للصراع بين الناس، وقد بلغ هذا الأمر أن المطمح نفسه وجد التعبير عنه فى الممارسات الاشتراكية فى حديث أحدهم عن الآخر بقوله "أخى" أو "أختى". ولكن تزايد الاتجاه فى الدعوة إلى إعادة توزيع الدخل ليس من أجل كيفية ما سيعود به من الفائدة على العلاقات الاجتماعية، وإنما ببساطة باعتباره مطلباً لاشتراك أكثر عدلاً فى السلع والخدمات بين المجتمعات التى يفترض أنها تتألف من أفراد يهتمون بمصالحهم الخاصة. وهذا التغير مؤثر مهم على مدى تغلغل الفكر (الإيديولوجيا) الاقتصادى: فحتى الذين يرفضون السوق جزئياً على الأقل فقدوا رؤيتهم لجوهرنا الاجتماعى وبدون قصد ترجموا الأهداف الاشتراكية بحيث تنسجم مع الجنس البشرى الذى تحول إلى نظام السوق. وتنصب هذه الرؤيا الفقيرة الإحياء فى أفضل الحالات على مساواة تنافسية نزعت منها الصفة الاجتماعية.

لا يمكن بسهولة رفض الأدلة المستعرضة فى الفصول السابقة؛ فقد بينت ثمانى مجموعات مختلفة من الباحثين أن توزيع الدخل متعلق بمعدلات الوفيات القومية فى مجموعات مختلفة فى المجتمعات المتقدمة والأقل تقدماً فى عشر مجموعات منفصلة من البيانات (انظر الفصل الخامس). ولا يمكن اعتبار ذلك محصلة نتيجة ظهرت بالصدفة أو نتيجتين. وقد يشك البعض فى أن من الواجب تفسيرها على أنها انعكاس زائف لعلاقة كامنة ما، ناتجة عن

شئ يؤثر بشكل منفصل فى كل من توزيع الدخل والصحة. وفى حين أنه من المحتمل أن يصلح توزيع الدخل كمقياس لبعض معالم المجتمع المرتبطة به بعلاقة وثيقة مثل التماسك الاجتماعى؛ فإن احتمالات أن تكون العلاقة انعكاساً زائفاً لتغير ما يتوسط بينهما ويختلف اختلافاً كاملاً هي احتمالات شديدة البعد. وهناك عدة صعوبات رئيسية تواجه ذلك الخط من التفكير. أولاً العلاقة الإحصائية بين توزيع الدخل ومعدلات الوفيات القومية علاقة قوية، فقد ذكر الباحثون وجود معاملات ارتباط مقدارها (٠,٦) أو (٠,٧) أو (٠,٨). وفى العادة يجب أن تكون معاملات الارتباط أقوى بينها وبين أى متغير متوسط مفترض؛ ولذلك يجب أن ينصب البحث على شئ يتعلق بصورة أوثق من ذلك بكل من توزيع الدخل والوفيات. ونحن لا نعلم بوجود أى شئ يلائم هذه الشروط. ولا يقتصر الأمر على ذلك، بل يجب أن يلائم الشروط عند النظر إلى العلاقة نظرة مقطع عرضى - بصورة مستقلة بين الدول المتقدمة والدول الأقل تقدماً، ويجب أن يلائمها عند النظر إلى التغيرات الحاصلة مع مرور الزمن بين الدول المتقدمة، وأخيراً يجب أن يلائمها عند النظر إلى العلاقة بين توزيع الدخل والوفيات داخل الدول، بين كل من الولايات الأمريكية الخمسين والأجزاء الصغيرة من بريطانيا (كابلان وآخرون Kaplan et al. ١٩٩٦؛ كنيدي وآخرون Kennedy et al. ١٩٩٦، بن شلومو وآخرون Ben Shlomo et al. ١٩٩٦)، وهذا طلب مستحيل.

وفوق ذلك من المعروف أن مجالات المصروفات العامة مثل السكن والرعاية الصحية لا تمارس تأثيراً على صحة السكان يكون قوياً إلى حد كافٍ لتفسير تلك العلاقة، حتى ولو كانت متعلقة بها. ولكن التحليل الإحصائى بين أن الضبط وفق المصروفات الحكومية العامة أو وفق مصروفات فى مجالات كهذه فقط لا يزيل العلاقة. وفى هذا السياق هناك تباين آخر بين اليابان والسويد مثير للاهتمام، ففي حين أنهما متشابهتان جداً من حيث ضيق الفوارق فى توزيع الدخل ومن حيث ارتفاع متوسط العمر المتوقع فيهما، فإنهما تختلفان اختلافاً كبيراً - ليس فيما يتعلق ببنية العائلة كما بينا فى الفصل الثامن فحسب - بل أيضاً فى نسبة إجمالى الناتج القومى التى تأخذها الحكومة للنفقات الاجتماعية؛ فالنفقات الاجتماعية الحكومية فى السويد تشكل نسبة من إجمالى الناتج القومى أعلى من أية دولة

أخرى فى منظمة التنسيق الاقتصادى والتنمية، وفى اليابان نسبة أدنى من أية دولة أخرى فى هذه المنظمة (هيلز Hills ١٩٩٤). كما أن العلاقة لا تزول لدى ضبطها حسب إجمالى الناتج القومى للفرد، أو متوسط الدخل، أو الفقر النسبى، أو العرق، أو التدخين (انظر الفصل الخامس).

وقد رأينا فى الفصل السادس أن المجتمعات التى تتمتع بكل من المساواة والصحة هى أيضاً متماسكة اجتماعياً بصورة ملحوظة أكثر من غيرها. وفوق كل شىء، بدا المجال العام فى هذه المجتمعات مندمجاً فى الحياة الاجتماعية بدلاً من أن يكون متروكاً لعلاقات السوق السلبية بين أسر مهتمة بمصالحها الذاتية - وهو ما يسميه بانفيلد Banfield "الأسرية اللأخلاقية" (بانفيلد ١٩٥٨). ومع انخفاض عدم المساواة فى الدخل، يرتبط الناس بالحياة العامة من خلال منظمات وأغراض ونشاطات اجتماعية متنوعة. وتبقى هناك أهمية لشىء من الشعور بالجماعية الأخلاقية والهدف الاجتماعى. وقد رأينا فى الفصل الثامن الأعراض التقليدية التى تظهر حين يزداد عدم المساواة وتتعمق الانقسامات الاجتماعية. فبالإضافة إلى معدلات الوفاة الأعلى من معظم المسببات؛ تبدى تلك المجتمعات معدلات أعلى من الوفيات المتعلقة بشرب المواد الكحولية ومن الحوادث والقتل والجريمة والعنف وربما إساءة استخدام المخدرات. والعلاقة بين هذه المجموعة من المشكلات الاجتماعية والانقسامات الاجتماعية الأكثر عمقاً تبدو معقولة جداً. فهى إلى حد كبير ما يتوقع المرء أن تكون أعراض الضغط الاجتماعى - الاقتصادى الأكثر حدة.

وبالنظر إلى الأدلة الوبائية والفيزيولوجية عن إمكانية تأثير ازدياد عدم المساواة على الصحة البدنية؛ يتضح أنه لا يوجد نقص فى السبل المحتملة. وبين الفصلان التاسع والعاشر وجود دليل ثابت جداً بأن العمليات النفسية - الاجتماعية يمكن أن تمارس تأثيراً رئيسياً على الصحة. ولا يقتصر الأمر على أن الكثير من العوامل النفسية - الاجتماعية التى تقترن بالصحة تبدى علاقات ارتباط أقوى مما يبدى الاقتران بين العوامل المادية والصحة (وذلك مؤكد على أساس الخطر الذى يمكن أن يعزى للسكان)، ولكن كونها تبدى هذه الارتباطات الأقوى يتماشى مع تفسير التحول الوبائى المطروح فى الفصل الثالث.

إذن ما هى المعانى المتضمنة فى هذه الصورة؟ ان بعض الناس يفضلون أن تفسر العلاقة بين توزع الدخل والصحة على أساس الحرمان المادى المطلق الذى يعانیه الفقراء؛ فالبعض ممن يؤمنون بأهمية العوامل المادية يعتقدون أن التفسير النفسى - الاجتماعى يقلل من أهمية العلاقة ويعطيها طابعاً نفسياً. لكنه فى الواقع يعطيها أهمية أكبر وي طرح قضايا جوهرية أكثر بكثير. أولاً بالنسبة لمدى أهميتها. إذا كانت العوامل المادية الموضوعية، بغض النظر عن ظلالها الاجتماعية، هى التى تضر بالصحة فلن يكون لها سوى بضعة مضامين أكثر اتساعاً. وعلى افتراض أن العقد الماضى<sup>(١)</sup> كان استثناء وأن "الانتشار"<sup>(٢)</sup> هو فى الوضع الطبيعى جزء من النمو الاقتصادى، سيُتوقع أن تحل مشكلات الفقر المادى المطلق نفسها فى المجرى الطبيعى للنمو الاقتصادى. وكون صور عدم المساواة الصحية اتسعت فى بريطانيا خلال معظم فترة النصف الثانى من القرن العشرين وفى الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا خلال فترات متباينة يوحى أن تلك المشكلات لا تحل نفسها.

ومن وجهة نظر تجربة الأشخاص نوى العلاقة، إذا كانت الصحة تتضرر نتيجة للعمليات النفسية - الاجتماعية، فإن لهذا أهمية أكبر مما سيكون له لو أن الضرر نتج عن الآثار المادية الفورية لرطوبة السكن أو الغذاء السيئ النوعية. ولولا الآثار النفسية - الاجتماعية التى نتحدث عنها لأمكن تناول غذاء فيه إفراط فى شرائح البطاطس والأطعمة المقلية، والشعور إثر ذلك بالسعادة التامة. والشئ نفسه صحيح عن التدخين وقلة التمارين الرياضية. وبالنسبة للمشكلات العملية التى تسببها المساكن الرطبة، من الممكن أن تتطلب قدراً إضافياً من العمل ودرجة عالية من الإحباط. ولو كانت هذه هى المسببات الرئيسية لعدم المساواة الصحية والتفسير للعلاقة بين الصحة وتوزع الدخل، فلن يكون هناك تجاوز كبير للحقيقة فى القول إن حياة الفقراء نسبياً قد تكون أقصر لكن قد لا تكون أقل سعادة بكثير من حياة الأغنياء. لكن هذه المشكلة مهمة لأن ذلك القول بعيد جداً عن الحقيقة. فالشعور بالاكتئاب

(١) الثمانينيات من القرن العشرين. (المترجم).

(٢) إشارة إلى النظرية الاقتصادية القائلة إن الفوائد التى تحصل عليها الشركات الضخمة والمستثمرون الأثرياء ستنتشر بحيث

يستفيد منها أصحاب المصالح الصغيرة والمستهلكون (المترجم).



والتعرض للغش والمرارة واليأس وعدم الحصانة والخوف والغضب والقلق بسبب الديون أو عدم الاطمئنان الوظيفى أو السكنى؛ والشعور بقلّة القيمة وقلّة الفائدة والعجز والتعرض للإهمال وفقدان الأمل والانعزال والتوتر والفشل – هذه المشاعر قد تسيطر على تجربة المرء للحياة بأكملها وتلون تجربته لكل شىء آخر. إن ما يحدث الضرر هو الضغط النفسى المزمّن الذى تولده مثل هذه المشاعر. وما يهم هو المشاعر الاجتماعية لا التعرض لما يفترض أنه بيئة مادية سامة؛ فالبيئة المادية ليست سوى العلامة التى لا تمحى والتذكرة الدائمة للحقيقة المحبطة، وهى حقيقة فشل المرء، وضمور أى شعور بأن له مكاناً فى المجتمع، وانعزاله الاجتماعى وانخفاض قيمته ككائن بشرى.

وبالنسبة لجودة الحياة، التى هى فى نهاية المطاف مسألة الشعور الذاتى بالرفاهة لدى الناس، هناك أهمية قصوى للعمليات النفسية – الاجتماعية المحيطة بعدم المساواة، وللتماسك الاجتماعى، ولآثاره على الصحة. وهى ليست مهمة فقط من وجهة نظر شاغلى المراتب الدنيا من السلم الاجتماعى الذين يعانون أكثر من أية فئة أخرى، ولكن أيضاً لأن تدهور الحياة العامة وفقدان الحس الاجتماعى وبصورة خاصة ازدياد الجريمة والعنف أمور مهمة جوهرية بالنسبة لجودة الحياة لدى الجميع.

والقول بأن العوامل المتعلقة بتوزيع الدخل هامة جداً للجودة الشخصية الحقيقية للحياة فى المجتمع ككل يتباين مع الاتجاه الشائع للنظر إلى جودة الحياة على أنها مرادفة تقريباً لمستوى الحياة المادى. وفى الفصل الثالث نظرنا إلى العلاقة المتغيرة بين النمو الاقتصادى والزيادات فى متوسط العمر المتوقع. وكما لاحظنا فى ذلك الفصل، توجد أسباب للاعتقاد بأن الصحة دليل أفضل على جودة الحياة من مقاييس الدخل الحقيقى وإجمالى الناتج القومى للفرد. وفى حين أن المقاييس الاقتصادية مقصورة إلى حد كبير على التغير المادى الكمى؛ فإن الصحة حساسة للظروف المادية والاجتماعية وتتأثر بالتغير الكيفى والكمى. وتعنى حساسيتها لنوعية الحياة النفسية – الاجتماعية السائدة أن الصحة جديرة بأن تكون مؤشراً رئيسياً لجودة الحياة أكثر مصداقية من المؤشرات الاقتصادية المختلفة. وعلى الرغم من

أننا قد نفترض أن "الأكثر" يعنى "الأفضل" على أى مستوى من مستويات الثراء تقريباً، إذا بقى كل شىء آخر متساوياً، فإننا نعرف أن الاعتبارات الاجتماعية والبيئية لا تبقى متساوية، وإجمالى الإنتاج القومى للفرد دليل سيئ على الجودة الشخصية للحياة.

وأحد أسباب الاهتمام المستمر فى النمو الاقتصادى هى الاعتقاد بأن رغبة كل فرد فى دخل أكبر يمكن جمعها فى رغبة اجتماعية فى دخل أكبر. ولكن بعد ما علمناه عن قوة توزع الدخل وأهمية الدخل النسبى وليس الدخل المطلق؛ فمن المحتمل أن هذا مبنى على افتراض كاذب. ومن المحتمل أن الرغبة الفردية فى دخل أكبر هى بصورة رئيسية رغبة فى الحصول على الأشياء الموجودة لدى الأغنياء ولشغل المركز الاجتماعى الذى يشغلونه: أى قد تكون بصورة أساسية رغبة فى زيادة دخل المرء النسبى. ففى الواقع الأغنياء فى المجتمع الذى يعيش الفرد فيه هم الذين يعطون صورة توضيحية لمزايا أن يكون المرء أغنى. والرغبة فى امتلاك ملايين الجنيهات هى افتراضاً رغبة المرء فى أن يكون واحداً من الأغنياء، ويتمتع بما لهم من حرية وتحكم فى الموارد. وقد تكون تلك الرغبة بعيدة جداً عن الرغبة فى أن يكون المرء جزءاً من مجتمع يتمتع بإجمالى أكبر من الإنتاج القومى للفرد. بل إن بعض الأشخاص الأقل رفاهية قد يفضلون أن يكونوا أشخاصاً أكثر رفاهية نسبياً فى مجتمع أكثر فقراً.

والسبب الآخر المقنع سياسياً وراء السعى إلى النمو الاقتصادى هو أن معدلات النمو الأسرع تقترب بتقلص فى البطالة وانخفاض فى الشعور بعدم الاطمئنان بالنسبة للدخل وازدياد فى الأرباح التجارية. لكن هذه بمعنى من المعانى مجرد منتجات ثانوية لعملية النمو. والرغبة فى استمرار النمو من أجل حل مشكلات من ذلك النوع هى مجرد شكل من أشكال الإدمان، وأثناء فترات الازدهار الاقتصادى تجد المشكلات حلاً مؤقتاً لها فقط لتعود مع فترة الركود التالية. والمشكلات التى يبدو أن حالات التحسن الاقتصادى تحلها تحتاج إلى حل أكثر جوهرية وبقاءً يستمر حتى فى غياب النمو.

وفكرة أن مصالح الفقراء هي التبرير الأخلاقي الرئيسي للنمو الاقتصادي في العالم المتقدم لم تصمد كثيراً في وجه الأدلة على أن النمو في العقد الماضي أو نحو ذلك صاحبه قدر أكبر من انتشار الفقر بدلاً من انتشار الربح. ولكن الآن بعد أن اتضح أن مشكلات الفقر الرئيسية (في العالم المتقدم على الأقل) هي مشكلات الفقر النسبي، صرنا نعرف أنه يجب مواجهتها بشكل مباشر؛ فلم يعد بوسعنا أن نرضى أنفسنا بافتراض أنها ستختفى ونحن نزداد ثراءً معاً.

في الفصل الثالث بحثنا كيف أنه قد توجد علاقة بين ارتفاع متوسط العمر المتوقع والنمو الاقتصادي. ورأينا أنه لو كانت هناك مؤشرات أسعار معدلة بشكل كامل لتتناسب مع الجودة للاستخدام في إعداد البيانات الموضحة في الشكل (٢ - ١) لحركت تلك المؤشرات بعض الدول إلى اليمين مع مرور الزمن. وفي حين أن ذلك كان سيجمع القسم الصاعد من كل منحنى؛ فإنه كان سيعنى أيضاً وجود علاقة أقل بين إجمالي الإنتاج القومي للفرد ومتوسط العمر المتوقع في الدول الغنية عند أية نقطة زمنية، وكان الجزء المنبسط من منحنى المقطع النموذجي سيصبح أكثر انبساطاً مع امتداده امتداداً أكبر إلى اليمين.

وكنا نبحث عن تفسير لسبب ارتفاع الجزء الأفقى من منحنى متوسط العمر المتوقع مع مرور الزمن. والتفسير الوحيد الذى طُرح في الفصل الثالث هو أن الجديد الذى يطرأ من معرفة وتقنية وسمع وخدمات يحدث تغييراً بالنسبة للصحة ويحول المنحنى إلى الأعلى مع تقدم الزمن. وقد سقنا حجة أن الفوارق في معدلات انتشار هذه الابتكارات بين سكان الدول المتقدمة قد لا تكون لها علاقة كبيرة بمعدلات النمو وإجمالى الناتج القومي للفرد. وهكذا فإنه بعد التوصل إلى مستوى عتبة التطور، بحيث تصبح الاحتياجات الأساسية مضمونة وتكون المجتمعات قد دفعت تكلفة وصولها إلى التقنية الحديثة، تكون الفوارق بينها قليلة الأهمية نسبياً. وإلى الحد الذى تكون المجتمعات فيه جزءاً من السوق العالمية ستستمتع بثمار الابتكار (وقد تسهم فيها) بغض النظر عن نمو دخلها.

ومن حيث الاهتمام المتنامى بالعواقب البيئية المحتملة للنمو الاقتصادى (ولكن انظر بكرمان Beckerman ١٩٩٥) والمطالبة بنمو معدله صفر (توقف الازدياد)، تقودنا المناقشة فى الفصل الثالث إلى تمييز مفيد. ومن حيث حالات النقص فى الموارد والتلوث يأتى التهديد الرئيسى من المكوّن الكمى للنمو، من استخدام المزيد من الموارد والطاقة وإنتاج المزيد من النفايات. والنمو من التحسينات النوعية لا ينتج مزايا تطرح عدداً أقل من المشكلات فحسب، بل أيضاً يمكن جعل عملية الابتكار التى تنشأ تلك المشكلات منها تخدم أغراضاً بيئية. وبالفعل فإن مكوناً كبيراً من مكونات الابتكار هو التوفير فى الموارد وينزع هذا إلى خفض النفايات. وحتى حين لا تحدث تلك التوفيرات؛ فإن التحسينات فى التصميم كثيراً ما تزيد من قيمة استخدام السلع دون تغيير فى تكاليف الموارد. وي طرح هذا احتمال أن نستطيع الوصول إلى شىء قريب من النمو الذى معدله صفر (حسب المقياس الراهن)، ولكن نستمر فى التمتع بثمار تحسينات التصميم والابتكارات المركزة بشكل أكثر دقة على خدمة البيئة والمستهلك. وبعبارة أخرى من الممكن تصور تحسينات مثمرة فى مستويات المعيشة المادية لا يكون الحصول عليها على حساب البيئة. والنمو الذى معدله صفر بالمعنى الكمى البحث لا يعنى الرضا حتى نهاية الوجود الإنسانى بوضعنا الراهن من بنية تحتية متسمة بالفوضى، وتقنية معرضة للخطر، وأسلوب فى الحياة. بل يمكن أن نحصل على الابتكارات بدون نمو.

وإذا امتنعنا عن محاولة استخدام التغير الفنى النوعى لتفسير المشكلة المحيرة الواردة فى الفصل الثالث، وهى مشكلة المنحنيات الأفقية المستمرة دائماً فى الارتفاع والتى تبين علاقة بين إجمالى الإنتاج القومى للفرد ومتوسط العمر المتوقع، لا يبقى لها على ما يبدو سوى تفسير واحد معقول ولكن بصورة بعيدة. وحيث إن التفسيرين لا يتعارضان، فيمكننا أن نأخذ أى مزيج منهما نشأؤه. ويعتمد التفسير الإضافى على الروابط غير المحكمة التى تربط بين التنمية الاقتصادية وعمليات التغير الثقافى والنفسى - الاجتماعى.

ومن أهم فوائد مستويات المعيشة الأعلى ازدياد الشعور بالاطمئنان والاختفاء البطيء لجوانب الحياة الأكثر قسوة. ومن وجهة النظر التاريخية من المحتمل أن هناك تلييناً تدريجياً

لمختلف أوجه الحياة الاجتماعية والعاطفية يرافق ارتفاع مستويات المعيشة. ومن أهم مؤشرات هذه العملية أشياء مثل إلغاء عقوبة الإعدام فى كثير من الدول وإلغاء العقاب الجسدى فى المدارس. وتوضح التغيرات فى الممارسات المتبعة فى تنشئة الأطفال هذه العمليات بشكل أوضح من بعض الأمور الأخرى. ويبدأ دوموز DeMause فصل المقدمة فى كتابه *تاريخ الطفولة* *History of Childhood* بقوله: "إن تاريخ الطفولة كابوس لم نبدأ بالاستيقاظ منه إلا مؤخراً. وكلما عاد المرء إلى الوراء فى التاريخ يهبط مستوى رعاية الأطفال، ويزداد احتمال أن يقتل الأطفال أو يهجروا أو يضربوا أو يتعرضوا للربح والإيذاء الجنىسى" (دوموز ١٩٧٤، ص ١). وهو يقترح أننا إذا عدنا إلى الوراء فترة كافية فإن معظم الأطفال كانوا يتعرضون للأذى حسب اعتباراتنا اليوم (المصدر نفسه، ص ٣). بل يبلغ الأمر بدوموز أن يقترح أن "القوة المركزية للتغيير فى التاريخ ليست التقنية ولا الاقتصاد، بل التغيرات النفسية - الجينية التى طرأت على الشخصية نتيجة الأجيال المتعاقبة من التفاعل بين الأبوين والأطفال." وهو يؤمن أن هذه العملية "وضعت حدوداً واضحة لما يمكن إنجازه فى جميع مجالات الحياة الأخرى" (المصدر نفسه، ص ٣).

وبدلاً من الموافقة على تأكيد دوموز على استقلالية التغيرات فى تنشئة الأطفال وأوليتها، يبدو من المعقول أكثر اعتبارها جزءاً من التأثير التمدينى الذى تحدثته التنمية الاقتصادية. وبمعرفة أهمية بيئة الأطفال العاطفية لتطورهم وصحتهم فيما بعد (والتي رأيناها فى الفصل العاشر)؛ فإننا نتوقع أن تكون التحسينات فى تنشئة الأطفال أنتجت فوائد بدنية وعقلية رئيسية فيما يتبقى من العمر. لكن التغيرات فى الطفولة كانت جزءاً من التطورات الاجتماعية الأكثر عمومية التى تعرض لها المجتمع والتى أثرت على الناس فى مختلف الأعمار. وقد تكون التغيرات النفسية - الاجتماعية العميقة فى أوضح شكل لها حين نذكر أنفسنا إلى أى حد تبدلنا فيه الحياة قبل الثورة الصناعية وفى المراحل الأولى من الصناعة وحشية. إننا نتعلم الكثير حول تقدم إنسانية أى مجتمع من طريقته فى معاملة مخالفى القانون فيه والمعاقين عقلياً والفقراء. والتخلّى عن وسم المتسولين وحرق الساحرات والإعدام أو الشنق العلنى للمجرمين يعكس تحولاً نفسياً مهماً.

وبالتسليم بأهمية المؤثرات النفسية - الاجتماعية على الصحة (التي تم بحثها فى الفصلين التاسع والعاشر)، يصبح انخفاض الشعور بالخوف وبعدم الأمان وازدياد التسامح فى المجتمع أمرين هامين. وكوننا نخفق أحياناً فى الاعتراف بكل من أهمية هذه التطورات الحضارية غير المادية وجودها لا ينفى ذلك الوجود. وقد استمر التسامح الاجتماعى المتنامى، مع بعض الانتكاسات، خلال النصف الثانى من القرن العشرين.<sup>(٣)</sup>

ومن المفترض أن إنهاء الخدمة العسكرية الإلزامية أبعد الناس عن بعض أشكال القسوة الوحشية التى كانت مألوفة لديهم. وفى العلاقات الاجتماعية ظهر اتجاه واسع الانتشار إلى تفضيل صيغ فى المخاطبة أقل رسمية والتخلى عن بعض مؤشرات الاحترام والخنوع بين الطبقات الاجتماعية. وقد يتضح أحد مؤشرات مدى ازدياد إدراكنا لأهمية الحياة العاطفية عن إدراك من سبقونا من اضطراب الضغط النفسى بعد الصدمات العاطفية post-traumatic stress disorder بين الأشخاص العاملين فى خدمات الطوارئ، وهناك تباين صارخ بين المحاولات المتزايدة لتوفير الاستشارات النفسية لمن يضطرون لخوض مواقف مؤلمة واعتبار مثل هذه المواقف طبيعية فى القرون الماضية.

ومفهوم الحضارة قريب من التعبير عن أهم أنواع التغير الثقافى والنفسى - الاجتماعى الذى يصاحب النمو الاقتصادى. فهو يضم الأفكار الضرورية عن الكرامة الإنسانية والتحرر بكل من معنييه الاجتماعى والمادى. ورغم أن الحضارة والنمو الاقتصادى ليسا الشيء نفسه، فهى تبدو أحد الأشكال التى نتلقى بها فوائد التقدم المادى. واحتوائها على مكون ثقافى وإيديولوجى رئيسى يعنى أنها لا ترتبط بالنمو إلا بصورة رخوة. فكلمة الحضارة تتضمن مفهوم الكياسة بالإضافة إلى الكرامة والتحرر وتستدعى أفكاراً عن المواطنة وطبيعة التطور الاجتماعى. وهى تقترب من مسائل التماسك الاجتماعى التى نوقشت فى الفصل السابع. ومن المؤكد أن الحياة فى المجتمعات ذات التوزيع الأوسع للدخل تبدو أقل تحضراً. ومع ذلك على الرغم من كون المفهوم بعيداً عن أن يكون مرادفاً لفكرة النمو الاقتصادى، ففى ذهن

(٣) حذفت فى الترجمة جملتان تردان فى هذا الموضع وتحدثان عما يعتبره المؤلف تأثيرات إيجابية للتحول فى النظرة إلى العلاقات الجنسية فى الغرب (المترجم).

كل شخص إدراك بأن الحضارة جوانبها المادية. وإجراءات الصحة العامة التى طبقت فى أواخر العصر الفيكتورى فى بريطانيا أدت إلى التحرر ومن الواضح أنها جعلت الحياة أكثر تحضراً. وتشترك الدول المتقدمة على نطاق واسع فى معايير الحضارة ومن المحتمل أن تستطيع مع تقدمها بمرور الزمن أن توفر جزءاً من "عامل تكييف الدخل" الذى يرفع منحنى متوسط العمر المتوقع من فترة إلى أخرى.

وما يغرى بإعطاء حيز لهذا النوع من التفسير ليس مجرد صعوبة التفسير بأية طريقة أخرى، بل هو أيضاً أن هذا التفسير يبدأ فى تقديم نظرة متحدة إلى حد أكبر للمؤثرات الرئيسية على الصحة فى تغيرها عالمياً مع مرور الزمن وأيضاً فى تأثرها بدرجة المساواة والتماسك الاجتماعى ضمن المجتمعات. ونحن بحاجة لأن نجمع مزيجاً مما أوجز فى فكرتى التماسك الاجتماعى والحضارة. فلو استطعنا استعمال جرعة من مبدأ المساواة لنحول فكرة الحضارة إلى مفهوم شامل بدل أن تكون مفهوماً حصرياً، قد نستطيع الحصول على فكرة عن الشروط الاجتماعية للصحة. وستكون النتيجة شيئاً قريباً مما قد نسميه الكرامة الإنسانية. فبالنسبة لبأن التقدم المادى فيه جوانب محررة بالإضافة إلى الجوانب المصغرة والتأكلىة، يقوم مثل هذا المفهوم بدمج بعض معالم النمو الاقتصادى (ولكن ليس جميع تلك المعالم) مع التقدم النفسى - الاجتماعى الذى يصاحبها. لكن أهمية مفهوم الحضارة يكمن فى ما وراء الصحة، فنتيجة للسبل النفسية - الاجتماعية التى تربط الحياة المادية بالصحة، نتوقع أن الشروط الاجتماعية للصحة هى مؤشر أيضاً على جودة الحياة. وينتهى بنا الأمر بمفهوم لجودة الحياة يبتعد قليلاً عن النمو الاقتصادى ويتراصف مع شىء أقرب إلى مزيج من الحضارة والتماسك الاجتماعى.

وقد لا يمكننا سوى التلميح إلى محتواه. فمن الأبحاث الوبائية نأخذ الانتماءات الاجتماعية والدعم الاجتماعى، أى الإحساس بالسيطرة والأمان. وبالإضافة إلى ذلك، يرتبط التماسك الاجتماعى بسهولة بالشعور بالالتحام الذى قال أنتونوفسكى Antonovsky وغيره أنه واقى للصحة (أنتونوفسكى ١٩٩٢؛ لندبرج Lundberg ونستروم بك Nestrom Peck ١٩٩٤). ورغم أنه اعتبر ذلك الشعور شيئاً قد يتوافر للأشخاص وقد لا يتوافر، قد يكون من الأفضل

فى السياق الحالى النظر إلى الشعور بالالتحام على أنه من خصائص المجموعات الاجتماعية أو المجتمعات. وتوفير قاعدة من العدالة الاجتماعية مؤسسة على فوارق أقل فى الدخل وحقوق مدنية كاملة، سيكون هناك عدد أقل من التصدعات فى "المجتمع الأخلاقى". ويتطلب "الشعور بالالتحام" الذى يتحدث أنتونوفسكى عنه من الأفراد أن يكون لديهم شعور بأنهم يلعبون دوراً ويخدمون غاية معينة، وهذا بالنسبة لمعظم الناس لا يتأكد إلا إذا تلقى دعماً من عقيدة (إيديولوجية) مشتركة ونظام من القيم. وما لم يكن هناك شعور بالعدالة الاجتماعية؛ فإن شرعية المؤسسات الاجتماعية تضعف بصورة جوهرية ويُفقد المجتمع الأخلاقى الذى يجعل الحياة الاجتماعية متلاحمة؛ لذلك فإن المرجح أن يكون التماسك والتلاحم على علاقة وثيقة بالعدالة الاجتماعية.

ويستخدم بوتنام Putnam الذى بحثنا عمله حول قوة المجتمع المدنى فى الأقاليم الإيطالية فى الفصل السادس مفهوم "رأس المال الاجتماعى". فهو يقول:

ما أعنيه بعبارة "رأس المال الاجتماعى" هو معالم الحياة الاجتماعية - الشبكات والمبادئ والثقة - التى تتيح للمشاركين أن يعملوا معاً بشكل أكثر فعالية ساعين إلى أهداف مشتركة.... وإلى الحد الذى تربط المبادئ والشبكات والثقة قطاعات كبيرة من المجتمع وتمد جسراً فوق الانشقاقات الاجتماعية الكامنة - إلى الحد الذى يكون رأس المال الاجتماعى فيه من نوع الصلة الواصلة - يرجح أن يخدم التعاون المدعم مصالح أوسع وأن يحظى باستقبال واسع.

(بوتنام ١٩٩٥، ص ٦٦٤-٦٦٥)

ومما يثير الاهتمام أنه على الرغم من أن بوتنام يعزو تدهور المشاركة الاجتماعية فى الولايات المتحدة إلى انتشار التلفاز فإنه يرى بوضوح أن مد جسور فوق الانقسامات الاجتماعية هو وظيفة حاسمة لرأس المال الاجتماعى. وبالتسليم بأن مد الجسر سيكون أسهل إذا كانت الانقسامات الاجتماعية أصغر، فهذا يتباين بشكل صارخ نوعاً ما مع عدم إبدائه اهتماماً بتأثير توزيع الدخل على التماسك الاجتماعى.



ويزداد إدراك الناس فى الدول المتقدمة للتباين بين نجاح المجتمعات الحديثة المادى وإخفاقها الاجتماعى. ويوحى كون الصحة عديمة الارتباط تقريباً بمقاييس النمو الاقتصادى ومع ذلك على علاقة وثيقة بتوزيع الدخل أنه لا بد من إعطاء الأولوية الآن لتلبية الاحتياجات الاجتماعية. وسيكون من الخطأ الاستجابة لهذا الوضع بالقول إن علينا أن ننسى التقدم المادى ونعالج فقط توزيع الدخل وتحسن النسيج الاجتماعى للمجتمع. وفى حين أن وجهة النظر القائلة إن وضع النسيج الاجتماعى للمجتمعات الحديثة كثيراً ما يكون أكثر القيود ضغطاً على جودة الحياة ستلقى تأييداً واسعاً، من الهام إدراك أن الكثير مما له قيمة كبيرة فى مفهوم الحضارة يعتمد على النمو المادى على الأقل بصورة رخوة. وتتضح رخاوة هذا الارتباط من الطريقة التى نعتبر فيها تقدم الحضارة عملية تاريخية وليست اقتصادية - على الرغم من العلاقة الواضحة بين الجانبين. ويوحى تحليلنا للشكل (٣ - ١) أن له علاقة أكبر الآن بالتغير النوعى الحاصل مع مرور الزمن من علاقته بالنمو الاقتصادى الكمى الذى - على سبيل المثال - يفصل بين مستوى المعيشة فى اليونان وأيرلندا ومستواها فى الولايات المتحدة. وفى حين أنه من الواضح أن جميع هذه الدول أكثر تحضراً الآن مما كانت عليه قبل قرن، ليس من الواضح ما إذا كانت إحداها أكثر تحضراً من الآخرين وأنها حققت إنجازاً أكبر فى مجال الكرامة الإنسانية بين سكانها منهما، رغم الفوارق الكبيرة فى إجمالى الناتج القومى للفرد بينها. والتحسن بمرور الزمن، المصحوب بانعدام تفوق دولة متقدمة على أخرى فى أى وقت محدد، متفق إلى حد كبير مع لغز الشكل (٣ - ١).

إذا كان هذا صحيحاً بصورة تقريبية فهو يعنى ضمناً أن علينا أن نتخلى عن المساواة الخرقاء بين جودة الحياة والمعدل المتوسط لمستوى الاستهلاك المادى وأن ننزل مكانة النمو الاقتصادى من دوره كهدف مجتمعى. وفى مكانه يجب أن نقوم بوضع قيم للتحرر الإنسانى الاجتماعى والمادى موضع التنفيذ، بحيث نضمن أن توفر الفوارق الأقل فى الدخل الكرامة للجميع، وبذلك توفر قاعدة مادية تساعد التطور المناسب للحياة الاجتماعية فى مجتمعاتنا.

وضمن القيود البيئية على استعمال الموارد وإنتاج النفايات، لا يزال بإمكاننا الاستمتاع بالتقدم العلمي والابتكار الفنى. ومن أجل تحقيق تلك الأهداف؛ نحتاج إلى مجموعة جديدة من المقاييس الاجتماعية - الاقتصادية. فمن أجل لفت الانتباه إلى الزيادات الهامة فى المستويات المادية الناتجة عن التغير الكمي؛ نحتاج إلى مؤشرات أسعار معدلة على أساس الجودة بشكل مناسب، رغم المشكلات الفنية الضخمة. وقد يكون من الممكن أيضاً فصل مقاييس التحسينات النوعية فى البضائع والخدمات عن مقاييس استخدام الموارد وإنتاج النفايات.

ولكن كيف نتوصل إلى توزيع أضيق للدخل وتماسك اجتماعى أفضل؟ الخطوة الأولى هى أن يدرك السياسيون والجمهور أهمية هذه القضايا. ففي الوقت الراهن تتركس إدارة الاقتصاد القومى للسعى إلى أهداف اقتصادية بشكل لا يكاد يتيح مجالاً لأى شىء آخر. ولا بد لهذا أن يتغير. ولا بد للسياسات الخاصة بالتربية والتوظيف والبنية الصناعية وفرض الضرائب وإدارة الدورة الاقتصادية من الخضوع جميعاً للتقويم على أساس تأثيرها على العدالة الاجتماعية والانقسامات الاجتماعية. ولا بد أن يكون للإدارة الاقتصادية الهدف الصريح المتمثل فى زيادة التماسك الاجتماعى والجودة الاجتماعية للحياة.

وتبين التجربة التاريخية أن الإرادة السياسية لها دور حاسم. وبدلاً من أن يكون على التغييرات الضرورية فى السياسة أن تنتظر إلى أن يصبح الاقتصاد "مناسباً" وأن يتوافر ما يكفى لمثل هذه الكماليات الاجتماعية، شاهدنا فى الفصل السادس أنها فى بريطانيا فى زمن الحرب أصبحت من الضروريات. فإعادة توزيع الدخل، وضمان مستويات دنيا للجميع، والسياسات الهادفة لضمان ألا يقع عبء فرض ضرائب الحرب على الفقراء بصورة لا تناسب فيها، وتخفيض حجم البنية الهرمية الاجتماعية، وخطط التوسيع الشامل لدولة الرفاهة - كلها أصبحت ضرورية باعتبارها جزءاً من الجهد الساعى لكسب الحد الأقصى من التعاون فى المجهود الحربى. وليس هذا مثلاً منفرداً؛ فالكتاب الذى نشره البنك الدولى بعنوان معجزة شرق آسيا *The East Asian Miracle* (البنك الدولى ١٩٩٣) يحتوى وصفاً موجزاً للضغوط

السياسية التى أدت إلى تضيق لا يستهان به للفوارق فى الدخل فى الاقتصاد السريع النمو فى جميع الدول الآسيوية الثمانى (اليابان وجمهورية كوريا وتايوان وسنغافورة وهونج كونج وتايلاند وماليزيا وإندونيسيا). وكانت الصين التى كان من الممكن أن تكون الدولة التاسعة فى القائمة خارج الحالة التى يدرسها البنك). فمرة أخرى بدلاً من أن يبدو المقدار الأكبر من المساواة الاجتماعية من الكماليات التى لا يمكن للدول اقتناؤها إلا حين تصل إلى نقطة وهمية حيث تكون المشكلات الاقتصادية الأكثر إلحاحاً قد عولجت، فهو يبدو كسياسة لا تتبعها الحكومات - رغم أنها تعود بفوائد اقتصادية كبيرة (بيردزول وآخرون Birdsall et al. ١٩٩٥) - إلا كحل لأزمات سياسية. وفى فصل بعنوان "قاعدة مؤسساتية لنمو مشترك" يشرح البنك الدولى التحرك نحو مقدار أكبر من المساواة فى هذه الدول الآسيوية. ويقول إنه فى كل منها ما عدا اليابان:

واجه سياسيون جدد حاجة ملحة لإثبات قدرتهم على البقاء قبل الانطلاق الاقتصادى. وكانت جمهورية كوريا معرضة لتهديد من الشمال، وتايوان مهددة من الصين، وتايلاند من فيتنام وكمبوديا. وفى إندونيسيا وماليزيا وسنغافورة وتايلاند، واجه القادة تهديدات شيوعية ضخمة. وإضافة إلى ذلك كان القادة فى إندونيسيا وكوريا وتايوان بحاجة - بعد تولوا السلطة - لإثبات قدرتهم على الحكم. وكان على قادة ماليزيا وسنغافورة مواجهة التنوع العرقى وما يرافقه من مسائل التمثيل السياسى. وحتى فى اليابان التى لم يكن التنافس فيها على القدر نفسه من الإلحاح؛ كان على القادة كسب ثقة الشعب بعد الهزيمة الساحقة فى الحرب العالمية الثانية. ففى كل الحالات إذن كان على القادة الإجابة عن سؤال أساسى هو: ما الذى يجعلهم أجدر بالقيادة من غيرهم؟ وأياً كانت الإستراتيجية التى اختارها قادة هذه الدول للإجابة عن تحدى الشرعية الأساسى، فهى تشتمل على مبدأ النمو المشترك.

(البنك الدولى ١٩٩٣، ص ١٥٧)

ويصف واضعو تقرير البنك الدولى السياسات التى هدفت بشكل صريح إلى إيجاد مساواة أكبر. وهم يشيرون أيضاً إلى أن معظم هذه السياسات لم تنطو على تحويلات مباشرة للدخل من الأغنياء إلى الفقراء، وإنما هدفت بدلاً من ذلك إلى التغلب على الحواجز والمعوقات التى أعاقَت إنجاز الأشخاص الاقتصادى. ومن المداخل التى استعملوها الإصلاح الزراعى وإعادة توزيع الأراضى ونشر التعليم وزيادة فرص التوظيف والتدخل فى سوق الإسكان لتأمين مساكن قليلة التكلفة. لكنه من الواضح أن ما دفعهم إلى تلك السياسات كان - مثلاً كانت الحال فى بريطانيا - إما الحرب أو التهديد بها، وتحدى المنافسين الشيوعيين، ومشكلات الشرعية الناجمة عن ذلك.

والحجة التقليدية التى تساق ضد المساواة هى الاقتراح الذى يتكرر كثيراً بأنها تنطوى على التضحية بالنمو الاقتصادى. ويقال لنا إن اختياراً يجب أن يتم بين المساواة والنمو، وأن فوارق الدخل الأقل ستقلل الحوافز. ولكن هناك الآن عدد من الدراسات التجريبية التى تبين أنه بدلاً من الاضطرار للاختيار بين المساواة والنمو، ينزع النمو لأن يكون أسرع حيث يوجد قدر أكبر من المساواة. فاللؤلؤ الآسيوية الثماني ذات الاقتصاد السريع النمو التى غطاها تقرير البنك الدولى تعطى أحد الأمثلة، فهى جميعاً ضيقت توزيع الدخل فيها بين عامى ١٩٦٠م و١٩٨٠م. وحللت بيردزول وزملائها بعض الطرق التى ساعد فيها المقدار الأكبر من المساواة على النمو الاقتصادى (بيردزول وآخرون ١٩٩٥؛ البنك الدولى ١٩٩٣). ويرد مثال آخر فى بحث كتبه برسون Persson وتابيليني Tabellini (١٩٩٤) يحتوى اختبارين منفصلين لتأثير عدم المساواة فى الدخل على معدل نمو إجمالى الإنتاج القومى للفرد. وأول الاختبارين هو تحليل تاريخى يعود من عام ١٩٨٥م إلى الزمن الذى تسمح به البيانات من مجموعة من تسع دول من منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية. والوحدات التى تخضع للمراقبة هى التغيرات خلال كل عشرين سنة فى كل من تلك الدول. ويستعمل الاختبار الثانى بيانات من سبع وستين دولة من ١٩٥٠م (أو ١٩٦٠م حين لا تتوافر بيانات قبل ذلك) إلى ١٩٨٥م. وتظهر نتائج كلا الاختبارين علاقة قوية تبين ارتباط الفوارق الأكبر فى الدخل بالنمو الأبطأ. ولكنها مثل بيردزول وزملائها تمكنت من إظهار أن اتجاه السببية هو من

المساواة إلى النمو. وقد استقى ألسينا Alesina وبيروتي Perotti (١٩٩٣) بيانات من نحو سبعين دولة بعضها متقدم وبعضها أقل تقدماً، ووجدوا أن الاستثمار يتجه إلى الارتفاع في الدول ذات الفوارق الأقل في الدخل. وقد اقترحوا أن اتساع فوارق الدخل يخفض الاستثمار بمساهمة في الاضطراب السياسي. وختاماً وجد جلين Glyn أنه من بين مجموعة من ست عشرة دولة من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية توفرت بيانات عنها لدى البنك الدولي، كان هناك اتجاه واضح بين الدول الأكثر مساواة إلى التمتع بزيادات أكبر في إنتاجية العمال خلال الفترة ١٩٧٩-١٩٩٠م (جلين وميليبياند Miliband ١٩٩٤).

وهناك طرق عديدة يرجح فيها أن يكون المقدار الأكبر من المساواة مفيداً للنمو، بما في ذلك البعض الذي ينطوي على تأثيرات التغذية المرتدة التي تولد حلقات حميدة. فعلى سبيل المثال تؤكد بيردزول على كيف أن المساواة الأكبر في الدخل والبطالة الأقل جعلتا العائلات تعطى قيمة أكبر للتعليم مما نشط النمو الاقتصادي. وهي تقول إنه من خلال زيادة الوفرة النسبية للعمالة المتعلمة وتراجع ندرة الذين تلقوا تعليماً عالياً؛ فإن التوسع التعليمي وخفض عدم المساواة في فرص التعليم الذي تزامن مع ذلك التوسع؛ قللاً من عدم المساواة في توزيع الدخل. وبقيام هذا بتغذية النمو الأسرع وانخفاض عدم المساواة في الدخل؛ فإنه أدى إلى زيادة إضافية في توفير التعليم وفي الإقبال عليه. ولكن حتى بتثبيت عنصر التعلم، وجدت بيردزول أن المساواة الأكبر في الدخل ساعدت النمو في تلك الدول الآسيوية. وهي تقترح أن ازدياد المساواة زاد أيضاً استثمار العائلات في أشكال أخرى من رأس المال البشرى غير التعليم، وزاد من التأثير المضاعف للزيادات في الدخل التي ابتدأت في مكان آخر من النظام الاقتصادي.

وتفرض عدم المساواة تكاليف كثيرة على الاقتصاد والمجتمع. فبالإضافة إلى الكتب التي بحثناها في الفصول السابقة توجد كتب أخرى تبحث الأدلة التي توفرها سلسلة من التكاليف الاقتصادية والاجتماعية (تايلر Tyler ١٩٩٠؛ جلين وميليبياند ١٩٩٤). فانعدام المساواة يحول، بأكثر الصور جوهرية، نسبة كبيرة من السكان من مساهمين في رفاهية المجتمع الاقتصادية إلى عبء عليها. ولا حاجة لاستعراض جديد لآثارها على الصحة،

ورفاة الأطفال العاطفية، والأداء التربوى، والحوادث والجريمة التى بحثناها فى فصول سابقة. ومع مواجهة الأنظمة الاقتصادية الحديثة لمنافسة عالمية متزايدة؛ فإن دولا قليلة يمكنها أن تتحمل إهدار موارد بشرية قيمة من إمكانياتها بالإخفاق فى القيام بالاستثمارات التربوية الضرورية. وبحرمان الناس من فرصة اختبار ذاتهم كأعضاء نوى قيمة فى المجتمع يسهمون فى الاقتصاد؛ لا يبقى لديهم خيار سوى أن يضيفوا إلى نفقات التأمينات الاجتماعية. ولكن الأمر لا يقتصر على هذه الطرق الواضحة والممكن إحصاؤها التى يتم بها تحويل مساهمين محتملين إلى عالة على المساعدات، ولا هو حتى التكاليف البشرية التى لا يمكن إحصاؤها والناجمة عن الحياة المصابة بالآفات، ومشاعر عدم الاطمئنان، والإحباط التى يسببها الفقر النسبى. فمن المحتمل أن أهم التأثيرات على الكفاءة الاقتصادية هو انخفاض النوايا الطيبة والتعاون بين الجمهور بأكمله؛ فالموظفون الذين يشعرون بالمرارة والعداء تجاه رب العمل سيكونون أقل إنتاجاً من الأشخاص الذين يلقون التقدير كأعضاء فى فريق تعاونى ويشعرون بوجود هدف لعملهم. ومن المرجح أن تعمل بعض العمليات نفسها فى المجتمع بأسره؛ فتحول لذة التعاون المتبادل إلى ما تولده روح العداء من نزعة للتدمير وعدم كفاءة.

إننا نعيش بصورة متزايدة ضمن ما يمكن تسميته بمجتمع "النقود والمفاتيح". فحين نغادر حدود منازلنا؛ نواجه العالم بالرمزين الكاملين لطبيعة علاقاتنا فى الشارع. فالنقود تجهزنا للاشتراك فى التعاملات التى تتحقق عن طريق السوق، فى حين تحمى المفاتيح مكاسبنا الخاصة من الحسد والطمع الصادرين عن كل منا تجاه الآخر. وما يضيف إلى القوة الاجتماعية لهذه الترتيبات هو أنها بدلاً من أن تكون هامشية فى حياتنا فهى المبادئ المنظمة لنظام الإنتاج والاستهلاك الذى تجاوز كل الأنظمة فى مدى الاعتماد المتبادل فيه. وعلى الرغم من أننا نعتمد كلياً بعضنا على بعض فى أرزاقنا، فهذا الاعتماد المتبادل قد حوّل من كونه عملية اجتماعية إلى عملية يحفظ كل منا فيها مصالحه فى محاولة لانتزاع رزقه من بيئة غير اجتماعية. والآخرين، بدلاً من أن يكونوا أشخاصاً ترتبط معهم بروابط اجتماعية، ونشترك بمصالح مشتركة؛ يصبحون منافسين لنا، على الوظائف والمنازل والأمكنة والمقاعد فى الحافلات وأماكن صف السيارات. ومع ذلك فإننا باعتبارنا كائنات

اجتماعية لا نستطيع معاملة الآخرين في حلبة الحياة العامة على أنهم ببساطة جزء من البيئة الطبيعية، فبدلاً من ذلك هناك عمليات المقارنة الاجتماعية - سواء كانت نتيجتها لمصلحتنا أو العكس - التي تعنى أن كل شيء خاضع للمراقبة المتواصلة. ونحن نشعر بجرح مشاعرنا وبالغضب وبالاستخفاف بنا وبالانزعاج بالتفوق وأحياناً أثناء قيام عمليات التمييز الاجتماعي والاستبعاد الاجتماعي بالتغلغل بيننا. وحين نضيف إلى ذلك الحالات الرئيسية من عدم المساواة المادية والظلم الاجتماعي التي توجد في مجتمعنا؛ نحصل على صيغة قلما تساعد على الوصول إلى النظام الاجتماعي الأكثر كفاءة وانسجاماً.

وكتاب تيتموس Titmuus **علاقة الهدايا: من دم الإنسان إلى السياسة الاجتماعية** (١٩٧٠) الذي يقارن أنظمة جمع الدم لنقله للمرضى في بريطانيا والولايات المتحدة هو دراسة توضح بصورة جميلة دقة العلاقة بين السوق والفقر والتماسك الاجتماعي والصحة. فبوجود الخدمة الصحية الوطنية التي تجعل العناية الطبية مجانية للجميع؛ لا توجد في بريطانيا سوق للدم. ويتبرع المتبرعون بدمائهم دون الحصول على أية مكافآت مادية أو إغراءات ويعطى الدم مجاناً للمرضى الذين يحتاجون إليه. وتعتمد خدمة نقل الدم الوطنية كلياً على شكل من الروح الجماعية تجعل الناس مستعدين للتبرع بدمائهم من خلال خدمة صحية غير تجارية لمتلقين مجهولين. وعلى النقيض من ذلك، كان الدم في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الستينيات من القرن العشرين حين أجريت الدراسة - يجمع وفق عدد من الترتيبات المختلفة، لكن نسبة متزايدة منه كانت تجمع من قبل بنوك دم تعمل من أجل الربح، فتدفع لمن يعطى الدم وتبيعه للمستشفيات حيث يعطى للمرضى الذين يدفعون ثمناً له. وتعنى الفوارق في الطريقة التي يعمل بها النظامان أن الدم يجمع من مصادر مختلفة جداً في كل من المجتمعين. ففي بريطانيا كان يجمع من مجموعة تقترب من أن تكون مقطعاً عرضياً للمجتمع - باستثناء تمثيل أعلى بدرجة طفيفة للمجموعات الأعلى دخلاً وسياسة استبعاد كبار السن والحوامل والمرضعات. وفي الولايات المتحدة، تبين أنه من الذين باعوا دمهم كانت الأغلبية العظمى من الرجال من العمال غير المهرة أو متوسطى المهارة أو من المهاجرين ذوي الكسب الضئيل أو العاطلين عن العمل (تيتموس ١٩٧٠، ص ١٢٦). وحصلت

بعض بنوك الدم التجارية على احتكار متفق عليه لجمع الدم من السجون وأعطى سجناء بعض الولايات تخفيف بضعة أيام من مدتهم مقابل كل مقدار من الدم يتبرعون به. والكثير من بنوك الدم التجارية التى كثيراً ما تفتح أبوابها من الساعة (٧:٣٠) صباحاً إلى منتصف الليل تتمتع بموقع أفضل لجذب دخول المشاة إليها لأن واجهاتها تقع فى الأحياء الفقيرة. وفى عام ١٩٦٦م ابتاعت المستشفيات التطوعية والخاصة (٤٧٣٢٠) لترأ من الدم المجمع فى شوارع المنحرفين من محلات بيع الدم البالغ عددها (٣١) فى مدينة نيويورك (المصدر نفسه، ص ١٢٧). (كان ذلك أعلى بقليل من (٤٠) بالمائة من إجمالى الدم الذى تم جمعه فى مدينة نيويورك).

لكن النقطة ليست بصورة أساسية أن ذلك أدى إلى جمع كميات دم ردىء النوعية من أشخاص لديهم معدلات أعلى من التهاب الكبد والأمراض الزهريّة واليرقان وإدمان المخدرات والكحول (ما يسمى بمتبرعى "الأجرة من أجل السكرّة")، ولديهم مصلحة فى عدم ذكر أوضاعهم. كما أن القصد ليس أن هذا أدى إلى نسبة أعلى بكثير فى معدلات وفيات المرضى الذين تلقوا دماً منقولاً فى الولايات المتحدة؛ فالنقطة الأساسية فى السياق الحالى هى أن الخدمة الصحية غير التجارية التى أمنت للمرضى الرعاية الطبية والدم مجاناً وفقاً لاحتياجاتهم، ولدت استعداداً لدى الشعب للقيام بتبرعات بالدم تطوعية كلياً لمتلقين مجهولين على مستوى كبير إلى حد كافٍ لتلبية احتياجات المجتمع من الدم (بلغت نسبة المتبرعين ١ إلى ٣٠ من مجموع السكان القادرين على التبرع). وعلى الأساس نفسه تمكنت الخدمة الصحية الوطنية من استنفار رصيد من النوايا الطبية لتأمين سلسلة من الأنظمة الأخرى من المساعدة التطوعية تتراوح من خدمة السيارات للمستشفيات والمتطوعين للعمل فى المستشفى إلى التبرع بالأعضاء.

فى كثير من مجالات الحياة يكون الناس على استعداد للقيام بأعمال تطوعية للمؤسسات الخيرية والمؤسسات التى لا تسعى للربح. وهناك احتمال كبير فى أن يقوموا بالأعمال التى يتقاضى غيرهم أجوراً عليها فى أماكن أخرى من النظام الاقتصادى. لكن ليس بإمكان منظمة تجارية تحقق الأرباح - أياً كان مجال عملها تقريباً - أن تجند مساعدة تطوعية.



ومهما كانت القضية تستحق المساعدة؛ فإن بذل عمل المرء بشكل تطوعى لمنظمة تحقق الأرباح غير مقبول؛ إذ سيشعر الناس أنهم يتعرضون للاستغلال. ومما يثير الاهتمام أنه حين تمت خصخصة المرافق العامة - وبخاصة شركات المياه - فى بريطانيا فى الثمانينيات وأوائل التسعينيات من القرن العشرين، حدثت خسارة واضحة لموقف الناس المتعاون معها. فإذا كان تزويد الماء سيتم على أساس تحقيق الأرباح يقل استعداد الناس لتقليل استهلاكهم فى فترات الجفاف للمساعدة فى الحفاظ على مستويات الماء فى المستودعات. وبدلاً من التقشف فى استخدام الماء باعتباره جزءاً من استعداد تطوعى للحفاظ على مخزون المجتمع منه؛ صار على الشركة أن تعالج مشكلاتها وأن تؤمن للناس الخدمة التى يدفعون للحصول عليها - مهما كانت الصعوبات. وفى جميع الحالات تقريباً أدت خصخصة المرافق التى سبق تأميمها إلى انخفاض فى تسامح الشعب: فبغض النظر عما يحدث لمستويات الخدمة، كانت هناك زيادات كبيرة فى عدد الشكاوى التى تسلمتها الشركات.

وما يؤكد عليه تيتموس فى دراسته للمتبرعين بالدم هو أن الأنظمة التى تسمح بالتبرع التطوعى وتطلبه لا تخلق فرصاً للناس للتعبير عن نواتهم وتحقيقها من خلال الإيثار والروح الجماعية فحسب، بل تولد أيضاً مجتمعاً أخلاقياً متماسكاً من نوع ما وتقويه. ومن الجدير بالذكر أن ما قد يبدو قضايا بعيدة عن البنية الرسمية للمنظمات وعن تكوينها قد يكون له تأثير كبير على طريقة تلاؤمها مع المجتمع، أى ما إذا كانت تسهم فى الإحساس بالمشاركة وبالهدف المشترك وبالتضامن الاجتماعى أم لا. ولا شك أن توفير أنظمة تتسم بالمساواة فى التعليم والرعاية الصحية والنقل والماء والخدمات الأساسية الأخرى لجميع المواطنين يسهم فى الشعور بالانتماء للمجتمع.

وفى حين أن مثال المتبرعين بالدم هو مثال ممتاز على طريقة واحدة على الأقل من الطرق التى يمارس التماسك الاجتماعى فيها تأثيراً مباشراً على الصحة؛ فإن تيتموس كان حريصاً أيضاً على تأكيد أن نظام التبرع التطوعى أكثر فعالية من النظام التجارى من جميع الأوجه. فتكلفته الاجتماعية أقل من حيث الأشخاص الذين يؤخذ الدم منهم، وتكلفته الإدارية أقل، وهو أرخص من الناحية الاقتصادية، كما أنه أكثر سلامة بالنسبة للمرضى.

ولا يمكن أن يوجد شك كبير فى أن الأنظمة الاقتصادية التى تدمر روح التعاون الاجتماعى قد تجلب لنفسها تكاليف إضافية عالية جداً نتيجة لذلك. فعلى الرغم من أن تقريراً رسمياً عن تكاليف الجريمة تجنب جمع التكلفة التقديرية للبند المختلفة، تم تقديرها فى مكان آخر بأنها تبلغ (١٠) بالمائة من الدخل القومى فى المملكة المتحدة (كلى Kelly ١٩٩٣؛ المؤتمر الدائم لمنع الجرائم Standing conference on crime prevention ١٩٨٨). وقد كان أحد أكثر حقول التوظيف سرعة فى الولايات المتحدة فى الثمانينيات من القرن العشرين هو الأعداد الإضافية من حراس الأمن ومن الفراشين. لكن هناك تكاليف ضخمة للوقاية من الجريمة لا تندرج فى أى من التقديرات. بل لا شك أن إجمالى تكاليف تشغيل النظام النقدي بما فيه من المحاسبين وآلات النقود والتسعير ونقاط الشراء فى المتاجر وموظفى حسابات الأجور هو جزء من التكلفة الإدارية فى تشغيل نظام إنتاجى حديث تعتمد أجزاؤه بعضها على بعض ولا يستند إلى التعاون الاجتماعى. وكلما انخفض مستوى الثقة والتعاون؛ يزداد ارتفاع تكلفة النظام. كم تبقى من الوقت مثلاً قبل أن تضطر محطات البنزين لوضع حواجز آلية لمنع السائقين من المغادرة قبل دفع ثمن البنزين؟

وعلى الرغم من أن بوتنام Putnam يقارن رأيه حول "المجتمع المدنى" المتطور بصورة جيدة مع "الأسرية اللاأخلاقية" فى المجتمع التى تخضع الحياة العامة فيه لسيطرة المصالح الشخصية والنظرة الساخرة؛ فقد جاء ذلك المفهوم من دراسة بانفيلد Banfield لمجتمع الفلاحين فى جنوب إيطاليا فى الخمسينيات من القرن العشرين. ومن المحتمل أن نظرة أنسب للحياة العامة فى مجتمع متقدم فيه مستويات أدنى من رأس المال الاجتماعى لا تأتى ببساطة من نمو المشكلات المتعلقة بالفقر النسبى وإنما من شىء أقرب إلى مفهوم راثبون Rathbone عن "المجتمع المجرم". فمثلما أن روز Rose اقترح أن التوزيع الإجمالى لتعرض السكان لعوامل الخطر الصحية يتحرك إلى الأعلى أو إلى الأسفل ككل، يبدو أن الكاتب جوليان راثبون المختص بالجرائم لديه نظرة مماثلة حول مستويات الإجرام وكونها تعكس المزاج الأخلاقى للمجتمع. وهو يقول:

إننا نعيش فى مجتمع مجرم. وأعنى مجتمعاً مجرماً من حيث البنية. فلو حذفنا من اقتصادنا كل أثر لاستغلال العالم الثالث وعملنا نشطين فى الاتجاه المعاكس . . . ولو تخلصنا من جميع التلوث غير الضرورى . . . ولو قضينا على جميع آثار التمييز بين الجنسين وعلى العنصرية . . . ولو كان لدينا جهاز شرطة ورجال كهنوت وهيئة قضائية ومجلس نواب يمكننا احترامهم والثقة بهم . . . ولو قضينا على جميع أشكال الجريمة التى يرتكبها ذوو الياقات البيضاء . . . ولو توقفنا عن بيع أسلحة الدمار للقتلة المجانين . . . ولو كان هناك حزب مفرد واحد مهتم بالعدالة البنيوية وليس بالوصول إلى [مقاعد الحكم] . . . ولو، ولو، ولو، لربما استطعنا القول إن مجتمعنا ليس مجرماً من حيث البنية.

(رايثون ١٩٩٥، ص ٣٥)

لقد أظهرت لنا الآثار الصحية لعدم المساواة مدى عمق تآثر الناس بهذه المعالم البنيوية فى مجتمعنا. بل والأكثر أهمية من زيادة السنوات القليلة التى ستضيفها الدرجة الأعلى من المساواة لمتوسط طول العمر المتوقع هو التحسن فى الجودة الاجتماعية للحياة الذى ستحققه لنا أيضاً. وتكاليف عدم المساواة ليست فقط تكاليف نجلبها لأنفسنا بدون استفادة اقتصادية، لكن كل المؤشرات تبين أنها تفرض عبئاً اقتصادياً كبيراً يخفض روح التنافس فى المجتمع بأسره.

من الواضح أن العبء النفسى - الاجتماعى الذى حددناه الآن هو أهم قيد يحد من جودة الحياة فى المجتمعات الحديثة. فبدلاً من التفكير فى أن الهدف الأول الذى تطمح الحكومة إليه هو النمو الاقتصادى ورفع المستوى المادى للمعيشة؛ من الهام أن ننظر إلى فوائد ذلك نظرة أكثر تمييزاً. ولا شك فى أن اقتراح أن الروابط بين عدم المساواة فى الدخل والصحة تعمل بصورة أساسية من خلال سبل نفسية - اجتماعية، وأن المجتمعات الأكثر مساواة تتمتع بقدر أكبر من التماسك الاجتماعى - لا شك أن اقتراح ذلك سيجعل البعض يعتقد أن من الممكن تجاوز المساواة والانطلاق فوراً إلى محاولات تحقيق تحسينات فى

التماسك على المستوى النفسى - الاجتماعى. وعند التصدى للسلسلة المتزايدة من المشكلات الاجتماعية التى يطرحها الافتقار إلى التماسك وإلى العدالة الاجتماعية، هناك دائماً نزعة للمطالبة بخدمات جديدة للتعامل معها. ولكن كما رأينا فى الفصل الثانى، رد الفعل هذا باهظ التكلفة وكثيراً ما يكون عديم الفعالية. فبدلاً من الاعتماد على توفير المزيد من الفصول التى تلبي احتياجات خاصة فى المدارس، والمزيد من السجون والشرطة، والمزيد من الأخصائيين الاجتماعيين والخدمات الصحية، والمزيد من الاستشاريين وأخصائى العلاج النفسى، علينا أن نلتفت إلى جذور بعض الأسباب والمشكلات الرئيسية التى يحاول جميع هؤلاء التصدى لها. وحتى لو كان بوسعنا توفير جيوش ضخمة من الاستشاريين وأخصائى تنمية المجتمع مع فريق صغير لكل شارع، لا يوجد سبب للاعتقاد أنه من الممكن فصل الأسباب البنيوية عن أعراضها الاجتماعية. والمعنى الضمنى المهم للروابط التى أوضحت فى الفصول السابقة هو عكس ذلك تماماً. فأخيراً لدينا متغير سهل الانقياد للسياسة العامة وقادر على تحسين الرفاهة النفسية - الاجتماعية للسكان بأكملهم. وفى حين أن السياسيين سيسعون بلا شك للاحتماء خلف أية مجموعة من الأسباب لعدم استطاعتهم إحداث أى تأثير ذى وزن على توزع الدخل؛ فإن الأدلة من تجربة بريطانيا وعدد من الدول الأخرى تدل أيضاً على عكس ذلك: فتوزع الدخل لا يتقارب إلا حين تعتقد الحكومات أنها لا تستطيع تحمل عدم تقاربه. ولكن مع ازدياد معرفتنا لتأثيراته الاجتماعية والاقتصادية والبشرية، ومع ازدياد إدراك الناس لتكاليف عدم القيام بأى شىء؛ يبدو من الأرجح أن يتم العثور على الحل السياسى.

وربما كانت ثلاث نقاط ذكرت فى الفصل الثانى تستحق التكرار باعتبارها تعطى بعض المبررات للتفاؤل. تتعلق النقطة الأولى بالازدياد غير العادى الذى حدث فى وعى الناس لحالات عدم المساواة الصحية خلال السنوات العشرين الأخيرة. فبصورة أولية عندما كان موضوع الفوارق الطبقيّة الاجتماعية فى معدلات الوفيات يطرح فى محادثات مع الأطباء والأشخاص الآخرين نوى العلاقة بالرعاية الصحية، كان السؤال الأول الذى يُسأل هو الاتجاه الذى تسير به الفوارق. فحتى بين أصحاب المهن ذات العلاقة بالصحة لم يكن هناك إدراك؛ لأن مستويات الصحة كانت أسوأ بكثير فى المراتب الدنيا من السلم الاجتماعى.

ومنذ ذلك الحين أصبحت العلاقة بين الفقر وصحة الناس أمراً معروفاً لدى الجميع، وأصبح الاحتمال أكبر فى أن يتساءل الناس عما إذا كان هناك شيء يجب أن يقال حول الموضوع ولم يسبق قوله. وهذا التحول فى وعى الجمهور حدث نتيجة لتغطية وسائل الإعلام المتكررة للسلسلة المتصلة من نتائج الأبحاث حول أوجه مختلفة كثيرة لحجم الفوارق الصحية ومسبباتها.

والسبب الثانى للتفاوتل يتعلق برد فعل السياسيين على الاهتمام العلنى الموجه لخطر هبوط حرارة الجسم. فمعرفة احتمال وفاة الكبار فى السن فى فصول الشتاء الباردة نتيجة عدم قدرتهم المادية على الحصول على تدفئة كافية لم يؤد فقط إلى عناوين رئيسية فى الصحف تلفت الانتباه إلى تلك الفضيحة كلما حل شتاء بارد، بل دفع ذلك السياسيين أيضاً، الذين يمضون معظم وقتهم فى استعراض رغبتهم فى إجراء تخفيضات فى النفقات العامة كما لو كانت رمزاً للفحولة، لاتخاذ خطوتين: الأولى التصويت بالموافقة على نظام خاص من الإعانات التى تصرف لدى حلول الطقس البارد للمحاليين على المعاش والأشخاص الذين يحصلون على إعانة مكاملة لدخل الأسرة، والثانية محاربة الحكومات التى يشتركون فيها فى محاولة لإفشال إضافة ضريبة القيمة الإضافية على فواتير الوقود. ولم تحصل الحكومة فى نهاية الأمر على الدعم منهم إلا بعد الموافقة على التدرج البطيء فى فرض الضريبة فى الوقت الذى يجرى فيه تعويض الأشخاص الأقل ثراء عن التكلفة الإضافية. وإذا حدث انتشار مماثل فى إدراك أن انخفاض حرارة الجسم كان مجرد قمة الجبل الجليدى، وأن الفقر النسبى وعدم المساواة مسئولان عن آلاف كثيرة من الوفيات الإضافية كل عام، فمن المحتمل أن يشعر السياسيون أنهم مضطرون للانحناء مرات أكثر لرأى الجمهور حول تلك القضايا.

والسبب الثالث للتفاوتل هو أن الكثير من نتائج المقدار الأكبر من عدم المساواة التى بحثناها فى هذا الكتاب لا تؤثر على الفقراء وحدهم. والعمل لا يعتمد على مجرد اهتمام إثارى برفاهة إحدى الأقليات. ولا يمكن للأكثرية أن تتمتع بالحياة غافلة عن هذه المشكلات؛ فهى تؤثر فى جودة حياتنا جميعاً.

## قائمة المصطلحات

Aorta	الأبهر
Social morality	الأخلاقية الاجتماعية
LSD	إل إس دى (دايثلاميد الحمض الليزرعى)
Metabolic diseases	الأمراض الاستقلابية
Nutritional diseases	أمراض التغذية
Respiratory diseases	الأمراض التنفسية
Degenerative diseases	الأمراض التنكسية
Circulatory diseases	الأمراض الدورانية
Infections	الأمراض السارية
Parasitic diseases	الأمراض الطفيلية
Endocrine diseases	أمراض الغدد الصماء
Cardiovascular diseases	الأمراض القلبية الوعائية
Amphetamine	أمفتامين
Insulin	إنسولين
Flu	الأنفلونزا
Socioeconomic	اجتماعى - اقتصادى
Myocardial infarction	الاحتشاء العضلى القلبي
Multiple Risk Factor Intervention Trial	اختبار التدخل فى عوامل الخطر المتعددة
Correlation	ارتباط
Hip replacement	استبدال الورك
Immunity disorders	الاضطرابات المناعية
Bronchitis	التهاب القصبات
Nephritis	التهاب الكلى
Arthritis	التهاب المفاصل
Trickle-up	انتشار الفقر
Trickle-down	الانتشار، انتشار الربح
Central obesity	البدانة فى الوسط
Lipoprotein	بروتين شحمى

Post-traumatic	بعد الصدمات العاطفية
Spore	بوغ (جمعها أبواغ)
Beta-endophrin	بيتا إندورفين
Empirical	تجريبي
Epidemiological transition	التحول الوبائي
Reintegrative shaming	التخجيل
Shaming	التخجيل المعيد للاندماج
Gradient	تدرج، درجة ميل
Cirrhosis	التشمع، التشمع الكبدي
Credit rating	التصنيف الائتماني
Count	تعداد
Vulnerability	تعرّض
Pain relief	تفريج الآلام
Disintegration	تفسخ
Guesstimate	تقدير تخميني
Fashion	تقليعات الأزياء
Cohesion	تماسك
Degeneration	تنكس
Standardization	تنميط
Thymus	التوتة (الغدة الصغترية)
Economies of scale	توفيرات الجملة
Choral club	جمعية الغناء الجماعي (جمعية الجوقة)
Neuroendocrine system	جهاز الغدد الصماء العصبي
Cannabis	الخشيش
Measles	الحصبة
Hippocampus	الحصين
Chickenpox	الحماق
Virus	حمة (جمعها حمات)
Scarlet fever	الحمى القرمزية
Hay fever	حمى الكلا
Community life	حياة مشتركة

Exogenous	خارجي المنشأ، خارجي
Senile dementia	الخبيل
Function	دالة
Diphtheria	الدفتريا
Varicose	الدوالي
Business cycle	دورة تجارية
Subjectivity	الذاتية، النزعة الذاتية
Cataract	الساد (إعتام عدسة العين)
Psychological pathways	سبل نفسية
Corticosteroid	ستيرويد قشري
Steroid	ستيرويد، ستيرويدي
Thyroid cancer	السرطان الدرقي
Interface	السطح المشترك (البيني)
Whooping cough	السعال الديكي
Stroke	سكتة
Tuberculosis	السل
Toxicity	سُمِّيَّة
Coronary artery	شريان إكليلي
Trauma	صدمة
Inequalities	صور (حالات) عدم المساواة، التفاوتات
Jigsaw (puzzle)	الصورة - الأحجية
Lipid profile	صيفة شحمية
Negative income tax	ضريبة دخل سلبية
Atrophy	ضمور
Modus vivendi	طريقة تعايش
Determinant	عامل محدد
Income gearing factor	عامل تكيف الدخل
Risk factor	عامل خطر
Inequality	عدم المساواة، التفاوت
Anomic	عديم الهوية
Attribution	عزو



Neurotic	عصابى
Neurone	عصبون
Familism	العصبية العائلية
Mould	عفن
Ecstasy	عقار النشوة (المثلين دايوكسيمثامفيتامين)
Psychoactive drugs	العقاقير المؤثرة فى النفس
Disinhibitors	العقاقير المحررة من الخجل
Relaxants	العقاقير المُرخية
Decennial	عقدى
Anthropology	علم الإنسان (الأنثروبولوجيا)
Epidemiology	علم الوبائيات
Life expectancy	العمر المتوقع
Life expectancy	العمر المتوقع عند الولادة
Limiting component	عنصر محدد
Idiopathic	غامض
Unhealthy	غير صحى
Fibrinogen	فبرينوجين
Hernia	فتق
Hyperactivity	فرط النشاط
Hypertension	فرط ضغط الدم
Magic mushroom	الفطر السحري
Virulence	فوعة (خبث)
Oestrus	فى طور الوداق
Mutable	قابل للتغير
Social mobility	قابلية التحرك الاجتماعى
Ulcer	قرحة
Duodenal ulcer	قرحة عفجية
Baboon	قرود كلبى
Rhesus monkeys	قرودة الريص
Vervet monkeys	قرودة من نوع الفرقت
Psychogenic dwarfism	القَرَم النفسى الوراثى

Values of the market	قيم السوق
Suppressive	كابت
Adrenal	كظري
Nephrosis	الكلاء
Cortisol	كورتيزول
Lymphocyte	لغاوى
Lumen	اللومن (وحدة لقياس الضوء)
Athlete's foot	مرض قدم الرياضى
Chronic	مزمن
Coefficient	معامل
Cohesive	متماسك
Coronary heart disease	مرض القلب الإكليلي
Correlation coefficient	معامل الارتباط
Determinant	محددة
Egalitarian	متساو، نعمة المساواة
Epidemic	مرض معد
Equivalence scale	مقياس المساواة
Family Expenditure Survey	مسح المصروفات العائلية
Gene	مورثة
Gini coefficient	معامل جيني
Immunological	مناعى
Matrix	مصفوفة
Norm	معدل إحصائى، قاعدة سلوك
Randomized	معشّى
Receptor	مستقبلة
Regression coefficient	معامل الانحدار
Slope index of inequality, the	مؤشر ميل عدم المساواة
Solvent	مذيب
Rotary club	نادى الروتارى
Bird-watching club	نادى مراقبة الطيور
Pituitary	نخامى

Individualism	النزعة الفردية
Propensity	نزوع
Social fabric	النسيج الاجتماعي
Pecking order	نظام تقري
Hierarchy	نظام هرمي، هرم
Monetarism	النقدية
AIDS	نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
Bulimia	النهام (الشراهة المرضية)
Bout	نوبة
Species	نوع، أنواع
Hypothermia	هبوط حرارة الجسم
Growth hormone	هرمون النمو
Glucocorticoids	الهرمونات القشرانية السكرية
Cholera	الهيضة (الكوليرا)
Genetic	وراثي
Myxomatosis	الورام المخاطي
Hypothalamic	وطائي
Jaundice	يرقان

## قائمة المراجع

- Action on Smoking and Health. *Her share of misfortune*. ASH, London. 1993.
- Advisory Centre for Education. *Findings from the ACE investigations into exclusions*. ACE, London. 1993.
- Alesina, A. and Perotti, R. *Income distribution, political instability, and investment*. NBER Working Paper 4486. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Mass. 1993.
- Andrews, E. Japanese gangs learn to say sorry. *The Guardian*, 7 September 1995.
- Antonovsky, A. Can attitudes contribute to health? *Advances* 8: 33-49. 1992.
- Aoki, M. and Dore, R.P. (eds) *The Japanese firm: sources of competitive strength*. Oxford University Press, Oxford. 1994.
- Arber, S. Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in the health debate. *British Medical Journal*, 294: 1069-73. 1987.
- Atkinson, A.B. and Micklewright, J. *The distribution of income in Eastern Europe*. Working paper 72, Welfare State Programme, LSE, London. 1992a.
- Atkinson, A.B. and Micklewright, J. *Economic transformation in Eastern Europe and the distribution of income*. Cambridge, Cambridge University Press. 1992b.
- Backlund, E., Sorlie, P.D. and Johnson, N.J. The shape of the relationship between income and mortality in the United States: evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology* 6: 12-20. 1996.
- Balkwell, J. Ethnic inequality and the rate of homicide. *Social Forces* 69: 53-70. 1990.
- Banfield, E.C. *The moral basis of a backward society*. Free Press, Glencoe, Ill. 1958.
- Bartley, M. Unemployment and ill-health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48 (4): 333-7. 1994.
- Bartley, M. and Plewis, I. Relationship between social mobility and illness

- in England and Wales 1971-91. *Journal of Health and Social Behaviour*. Forthcoming 1996.
- Bayley, D.H. *Forces of order: police behavior in Japan and the United States*. University of California Press, Berkeley. 1976.
- Beckerman, W. *Small is stupid: blowing the whistle on the Greens*. Duckworth, London. 1995.
- Bem, D. Self perception theory. In: *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6. Edited by L. Berkowitz. Academic Press, NY. 1972.
- Ben Shlomo, Y., White, I.R. and Marmot, M. Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *British Medical Journal* 1996; 312: 1013-14.
- Bennathan, M. and Smith, H. The state of services for children in London. *Young Minds Newsletter* 8: 10-12. 1991.
- Bennet, G. British floods 1968: controlled survey of effects on health of local community disaster. *British Medical Journal* 3: 454-8. 1970.
- Berkman, L.F. The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Research* 57: 245-54. 1995.
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 109: 186. 1979.
- Birdsall, N., Ross, D. and Sabot, R. Inequality and growth reconsidered - lessons from East-Asia. *World Bank Economic Review* 9 (3): 477-508. 1995.
- Blane, D., Davey Smith, G. and Bartley, M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*; 15: 1-15. 1993.
- Blaus, J. and Blaus, P. The costs of inequality: metropolitan structure and violent crime. *American Sociological Review* 47: 121. 1982.
- Blaxter, M. *Health and Lifestyles*. Routledge, London. 1990.
- Bourdieu, P. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Routledge, London. 1984.
- Braithwaite, J. *Inequality, crime and public policy*. Routledge, London. 1979.
- Braithwaite, J. *Crime, shame and reintegration*. Cambridge University Press, Cambridge. 1989.
- Braithwaite, J. and Braithwaite, V. The effect of income inequality and social democracy on homicide. *British Journal of Criminology* 20 (1): 45-53. 1980.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology* 117: 521-37. 1983.
- Brown, G.W. Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children. *Lancet* 1: 378. 1978.
- Bruhn, J.G. and Wolf, S. *The Roseto Story*. University of Oklahoma Press, Norman. 1979.
- Brunner, E. The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. In: *Health and Social Organisation*. Edited by Brunner, E., Blane, D. and Wilkinson, R.G. Routledge, London. 1996.

- Building Societies Yearbook* 1993/4. As quoted in: *Moneywise*, p. 36, October 1993.
- Bunker, J.P., Frazier, H.S. and Mosteller, F. Improving health: measuring effects of medical care. *Millbank Quarterly* 72 (2): 225-58. 1994.
- Burgoyne, J. Unemployment and married life. *Unemployment Bulletin* 18: 7-10. 1985.
- Burnet, F.M. and White, D.O. *The natural history of infectious disease*. 4th edn. Cambridge University Press, Cambridge. 1972.
- Cameron, D. and Jones, I.G. An epidemiological and sociological analysis of the use of alcohol, tobacco and other drugs of solace. *Community Medicine* 7: 18-29. 1985.
- Champoux, M., Coe, C.L., Shanberg, S., Kuhn, C. and Soumi, S.J. Hormonal effects of early rearing conditions in the infant rhesus monkey. *American Journal of Primatology* 19: 111-17. 1989.
- Clifford, W. *Crime control in Japan*. Lexington Books, Lexington, Mass. 1976.
- Cobb, S. and Kasl, S.C. *Termination: the consequences of job loss*. Cincinnati: Department of Health, Education and Welfare - US National Institutes for Occupational Safety and Health, publication no. 77-224, US NIOSH. 1977.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A.J. and Smith, A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine* 325: 606-12. 1991.
- Conduit, E.H. If A-B does not predict heart disease, why bother with it? A clinician's view. *British Journal of Medical Psychology*. 65: 289-96. 1992.
- Creighton, S.J. *Child abuse trends in England and Wales 1988-90 and an overview from 1973-1990*. NSPCC, London. 1992.
- Crutchfield, R. Labor stratification and violent crime. *Social Forces* 68: 589-612. 1989.
- Currie, E. *Confronting crime*. Pantheon, NY. 1985.
- Daley, H.E. and Cobb, J.B. *For the Common Good*. Green Print, London. 1990.
- Davey Smith, G., Shipley, M.J. and Rose, G. Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 265-70. 1990.
- Davey Smith, G., Neaton, J.D. and Stamler, J. Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. White men. *American Journal of Public Health* 1996. 86: 486-96.
- Deci, E.L. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 18: 105-15. 1971.
- DeMause, L. (ed.) *The History of Childhood*. Condor, London. 1974.
- Department of Health. *On the state of the public health. Annual report of the chief medical officer 1990*. HMSO, London. 1991.
- Department of Health. *Health Survey for England 1991*. HMSO, London. 1993.
- Department of Social Security. *Households below average income 1979-1990/1*. HMSO, London. 1993.

- Dore, R. *British factory – Japanese factory. The origins of national diversity in industrial relations*. University of California Press, Berkeley. 1973.
- Dore, R. Seminar, 20 June, International Centre for Health and Society, University College London, and personal communication. 1995.
- Dore, R. The limits of discontinuity. Unpublished paper 1996.
- Dunn, J. and Plomin, R. Why are siblings so different? The significance of differences in sibling experiences within the family. *Family Process* 10: 271–83. 1991.
- Durkheim, E. *Suicide*. Edited by G. Simpson. Routledge, London. 1952.
- Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S. and Potvin, L. The Roseto effect: a 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health* 82: 1089–92. 1992.
- Eyer, J. Capitalism, health, and illness. In: *Issues in the political economy of health care*. Edited by J.B. McKinlay, Tavistock, NY. 1984.
- Ferri, E. *Growing up in a one-parent family*. National Foundation for Educational Research. Slough. 1976.
- Ferri, E. and Robinson, H. *Coping alone*. National Foundation for Educational Research. Slough. 1976.
- Ferri, E. *Omicidio-suicidio*. 4th edn. Turin. 1895.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfield, S. and Davey Smith, G. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal* 311: 1264–9. 1995.
- Firth, R. *The Economics of the New Zealand Maori*. R.E. Owen, Wellington, NZ. 1959.
- Flegg, A. Inequality of income, illiteracy, and medical care as determinants of infant mortality in developing countries. *Population Studies* 36: 441–58. 1982.
- Fox, J., Goldblatt, P. and Jones, D. Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances? *Journal of Epidemiology and Community Health* 39: 1–8. 1985.
- Gallerani, M., Manfredini, R. and Caracciolo, S., Scapoli, C., Molinari, S. and Fersini, C. Serum cholesterol concentrations in parasuicide. *British Medical Journal* 310: 1632–6. 1995.
- Gellner, E. *The psychoanalytic movement: the cunning of unreason*. 2nd edn. Fontana, London. 1993.
- Glyn, A. and Miliband, D. Introduction. In: *Paying for inequality: the costs of social injustice*. Edited by A. Glyn and D. Miliband. Rivers Oram Press, London. 1994.
- Goldblatt, P. Mortality and alternative social classifications. In: *Mortality and Social Organisation: Longitudinal Study 1971–81*. Series LS 6. Edited by P. Goldblatt. HMSO, London. 1990.
- Goldsmith, M.M. *Private vices, public benefits*. Cambridge University Press, Cambridge. 1985.
- Goodall, J. *The chimpanzees of Gombe: patterns of behavior*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1986.
- Goody, J. *Technology, tradition and the state in Africa*. Oxford University Press, Oxford. 1971.

- Gorbachev, M. 'The way ahead . . . more democracy and openness', *The Guardian*. Monday 2 February 1987.
- Gorman, T. and Fernandes, C. *Reading in recession*. National Foundation for Educational Research, Slough. 1992.
- Greater Glasgow Health Board. *The annual report of the Director of Public Health 1991/2*. Greater Glasgow Health Board, Glasgow. 1993.
- Gross, J.T. A note on the nature of Soviet totalitarianism. *Soviet Studies* 34: 367-76. 1982.
- Grossman, M. *Demand for health: a theoretical and empirical investigation*. NBER, New York. 1972.
- Haan, M., Kaplan, G.A. and Camacho, T. Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 125: 989-98. 1987.
- Hajdu, P., McKee, M. and Bojan, F. Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and England and Wales. *European Journal of Public Health* 5: 529-64. 1995.
- Hayakawa, K., Shimizu, T., Ohba, Y., Tomioka, S., Takahasi, S. and Amano, K. Intrapair differences of physical aging and longevity in identical twins. *Acta Genetica Med. Gemellol* 41: 177-85. 1992a.
- Hayakawa, K., Shimizu, T., Ohba, Y. and Tomioka, S. Risk factors for cognitive ageing in adult twins. *Acta Genetica Med. Gemellol* 41: 187-95. 1992b.
- Helsing, K.J. and Szklo, M. Mortality after bereavement *American Journal of Epidemiology* 114: 41-52. 1981.
- Hertzman, C. *Environment and Health in Central and Eastern Europe*. World Bank, Washington DC. 1995.
- Hewlett, S.A. *Child neglect in rich nations*. UNICEF, New York. 1993.
- Hills, J. *The future of welfare*. Joseph Rowntree Foundation, York. 1994.
- Hills, J. *Inquiry into income and wealth*. Volume 2. Joseph Rowntree Foundation, York. 1995.
- Himsworth, H. Epidemiology, genetics and sociology. *Journal of Biosocial Science* 16: 159-76. 1984.
- House, J.S., Landis, K.R. and Umberson, D. Social relationships and health. *Science* 241: 540-5. 1988.
- Illsley, R. Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths. *British Medical Journal* 2: 1520-4. 1955.
- Ineichen, B. *Homes and health: how housing and health interact*. Spon, London. 1993.
- Institute for the Study of Drug Dependence. *National Audit of Drug Misuse in Britain 1994*. ISDD, London. 1994.
- Institute for the Study of Drug Dependence. *National Audit of Drug Misuse in Britain 1992*. ISDD, London. 1992.
- Iversen, L. and Klausen, H. *The closure of the Nordhavn shipyard*. Copenhagen: Institute of Social Medicine. Kobenhavns Universitet Publikation 13 FADL. 1981.
- Jackson, T. and Marks, N. *UK Index of sustainable economic welfare*. Stockholm Environment Institute in cooperation with the New Economic Foundation. Stockholm, 1994.



- James, O. *Juvenile violence in a winner-loser culture*. Free Association Books, London. 1995.
- Johnson, J.V. and Hall, E.M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 78: 1336-42. 1988.
- Jones, A.M. *A microeconomic analysis of smoking in the UK Health and Lifestyle Survey*. Discussion paper 139, Centre for Health Economics, York. 1995.
- Joseph Rowntree Foundation, *Social Policy Research Findings*. No. 37, York. May 1993.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E., Lynch, J.W., Cohen, R.D. and Balfour, J.L. Income inequality and mortality in the United States. *British Medical Journal* 1996; 312: 999-1003.
- Kaplan, J.R., Shively, C.A. and Fontenot, M.B. *et al.* Demonstration of an association among dietary-cholesterol, central serotonergic activity, and social behaviour in monkeys. *Psychosomatic Medicine* 56: 479-84. 1994.
- Karasek, R. and Theorell, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, NY. 1990.
- Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J., Schnall, P., Pieper, C. and Michela, J. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US HES and HANES. *American Journal of Public Health* 78: 910-18. 1988.
- Kehrer, B.H. and Wolin, C.M. Impact of income maintenance on low birth weight: Evidence from the Gary experiment. *Journal of Human Resources* 14: 435-62. 1979.
- Kelleher, C., Cooper, J. and Sadlier, D. ABO blood group and social class: a prospective study in a regional blood bank. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 59-61. 1990.
- Kelly, R. The invisible hand behind the inexorable increase in the rate of crime. *The Guardian*, 30 August, 1993.
- Kennedy, B.P. and Kawachi, I. and Prothrow-Stith, D. Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal* 1996; 312: 1004-7.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J.K. and Glaser, R. Immunological consequences of acute and chronic stressors: mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology* 61: 77-85. 1988.
- Kleinke, C.L. *Self-perception: the psychology of personal awareness*. W.H. Freeman, San Francisco. 1978.
- Kochanek, K.D., Maurer, J.D., Rosenberg, M.S. and Rosenberg, H.M. Why did black life expectancy decline from 1984 through 1989 in the United States? *American Journal of Public Health* 84: 938-44. 1994.
- Koskinen, S. Time trends in cause specific mortality by occupational class in England and Wales. In: *Proceedings of IUSSP conference held in Florence, June 1985*. Florence 1988.
- Kunst, A.E. and Mackenbach, J.P. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health* 84: 932-7. 1994.

- Kunst, A.E. and Mackenbach, J. International comparisons of socio-economic inequalities in mortality. *Social Science and Medicine*. Forthcoming 1996.
- Lake, M. Surveying all the factors. *Language and Learning*. June No. 6. 1991.
- Lambert, R. *Nutrition in Britain 1950-60*. Codicote Press, Welwyn. 1964.
- Leclerc, A. Differential mortality by cause of death: comparisons between selected European countries. In: *Health inequalities in European countries*. Edited by A.J. Fox. Gower, Aldershot. 1989.
- Leclerc, A., Lert, F. and Fabien, C. Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. *International Journal of Epidemiology* 19: 1001-10. 1990.
- Le Grand, J. Inequalities in health: some international comparisons. *European Economic Review* 31: 182-91. 1987.
- Leon, D.A. and Wilkinson, R.G. Inequalities in prognosis: socio-economic differences in cancer and heart disease survival. In: *Health inequalities in European countries*. Edited by A.J. Fox. Gower, Aldershot. 1989.
- Leon, D.A., Vagero, D. and Otterblad Olausson, P. Social class differences in infant mortality in Sweden: a comparison with England and Wales. *British Medical Journal* 305: 687-91. 1992.
- Lindberg, G., Rastam, L., Gullberg, B. and Eklund, G.A. Low serum cholesterol concentration and short-term mortality from injuries in men and women. *British Medical Journal* 305: 277-9. 1992.
- London Borough of Croydon. *Reading competence at age 7*. Education Department, London Borough of Croydon. 1992.
- Lowry, S. *Housing and health*. British Medical Journal Publishing, London. 1991.
- Lundberg, O. Childhood living conditions, health status, and social mobility: a contribution to the health selection debate. *European Sociological Review* 7: 149-62. 1991.
- Lundberg, O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine* 36: 1047-52. 1993.
- Lundberg, O. and Nyström Peck, M. Sense of coherence, social structure and health. *European Journal of Public Health*; 4: 252-7. 1994.
- McCarron, P.G., Davey Smith, G. and Womersley, J.J. Deprivation and mortality in Glasgow from 1980 to 1992. *British Medical Journal* 309: 1481-2. 1994.
- McCord, C. and Freeman, H.P. Excess mortality in Harlem. *New England Journal of Medicine* 322: 173-7. 1990.
- McGowan, P. Lloyd's financial disaster 'has cost more than 30 lives'. *Evening Standard*, 18 February, 1994.
- McIsaac, S. and Wilkinson, R.G. Cause of death, income distribution and problems of response rates. Luxembourg Income Study Working Paper 136. 1995 (EJPH 1996 forthcoming).
- McKendrick, N., Brewer, J. and Plumb, J.H. *The birth of a consumer society: the commercialization of eighteenth-century England*. Europa Publications, London. 1982.
- McKeown, T., Record, R.G. and Turner, R.D. An interpretation of the

- decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. *Population Studies* 29: 391-422. 1975.
- McLanahan, S. Family structure and the reproduction of poverty. *American Journal of Sociology* 90: 873-901. 1985.
- McLoone, P. and Boddy, F.A. Deprivation and mortality in Scotland: 1981 and 1991. *British Medical Journal* 309: 1465-70. 1994.
- Mackenbach, J.P., Bouvier-Colle, M.H. and Jougl, E. 'Avoidable' mortality and health services: a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 106-11. 1990.
- Mandeville, B. *The fable of the bees: or, private vices, publick benefits*. Penguin, Harmondsworth. 1970.
- Marmot, M.G. Social inequalities in mortality: the social environment. In: *Class and health: research and longitudinal data*. Edited by R.G. Wilkinson. Tavistock, London. 1986.
- Marmot, M.G., Davey Smith, G. Why are the Japanese living longer? *British Medical Journal* 299: 1547-51. 1989.
- Marmot, M.G., Adelstein, A., Robinson, N. and Rose, G. Changing social class distribution of heart disease. *British Medical Journal* ii: 1109-12. 1978a.
- Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. and Hamilton, P.J.S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32: 244-9. 1978b.
- Marmot, M.G., Shipley, M.J. and Rose, G. Inequalities in death - specific explanations of a general pattern. *Lancet* 1 (8384): 1003-6. 1984.
- Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfield, S., Patel, C., North, F. and Head, J. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study *Lancet* 337: 1387-93. 1991.
- Marsh, A. and McKay, S. *Poor Smokers*. Policy Studies Institute, London. 1994.
- Marshall, L. Sharing, talking and giving: relief of social tensions among the !Kung Bushmen. *Africa* 31: 231-49. 1961.
- Martini, C.J., Allan, G.H. and Davidson, J. Health indexes sensitive to medical care variation. *International Journal of Health Services* 7: 293-309. 1977.
- Mascie-Taylor, C.G.N. *Biosocial aspects of social class*. Oxford University Press, Oxford. 1990.
- Mattiasson, I., Lindgarde, F., Nilsson, J.A. and Theorell, T. Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *British Medical Journal* 301: 461-6. 1990.
- Meaney, M.J., Aitken, D.H., van Berkel, C., Bhatnagar, S. and Sapolsky, R.M. Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science* 239: 766-8. 1988.
- Messner, S.F. Societal development, social equality and homicide. *Social Forces* 61. 1982.
- Milward, A.S. *The economic effects of the two world wars*. Macmillan, London. 1984.
- Mischel, W. *Introduction to personality: a new look*. (4th edn) Holt, NY. 1986.

- Moller, S.E. Serotonin, carbohydrates, and atypical depression. *Pharmacology and Toxicology* 71: 61-71. 1992.
- Montgomery, S.M. and Bartley, M.J. The association between slow growth in childhood and family conflict. Forthcoming. 1996.
- Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G. and Wadsworth, M.E.J. Health and social precursors of unemployment in young men. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50. 1996.
- Morris, J., Blane, D. and White, I.R. Levels of mortality, education and social conditions in the 107 LEAs of England. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50: 15-17. 1996.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. The Multiple Intervention Risk Factor Intervention Trial - risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association* 248: 1465-76. 1982.
- Nash, M. *Primitive and peasant economic systems*. Chandler Publishing Co., San Francisco 1966.
- Nelson, R.A., Tanguay, T.L. and Patterson, C.D. A quality-adjusted price index for personal computers. *Journal of Business and Economic Statistics* 12: 23-31. 1994.
- Nordhaus, W.D. Do real output and real wage measures capture reality? The history of lighting suggests not. NBER Working Paper and Cowles Foundation for Research in Economics at Yale, Discussion Paper 1078. 1994.
- Nystrom Peck, A.M. Childhood environment, intergenerational mobility, and adult health - evidence from Swedish data. *Journal of Epidemiology and Community Health* 46: 71-4. 1992.
- Nystrom Peck, M. and Lundberg, O. Short stature as an effect of economic and social conditions in childhood. *Social Science and Medicine* 41: 733-8. 1995.
- O'Donnell, O. and Propper, C. *Equity and the distribution of National Health Service Resources*. Welfare State Programme Paper No. 45, London School of Economics, London. 1989.
- OPCS. *Occupational Mortality: The Registrar General's decennial supplement for England and Wales 1970-2*. Series DS No.1. HMSO, London. 1978.
- OPCS. *Mortality Statistics*. HMSO, London. 1991.
- Pamuk, E. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies* 39: 17-31. 1985.
- Parker, H., Bakx, K. and Newcombe, R. *Living with heroin*. Open University Press, Milton Keynes. 1988.
- Patel, C. and Marmot, M.G. Stress management, blood pressure and quality of life. *Journal of Hypertension* 5: S21-8. 1987.
- Pavin, M. Economic determinants of political unrest: an economic approach. *Journal of Conflict Resolution* 17: 271-96. 1973.
- Persson, T. and Tabellini, G. Is inequality harmful for growth? Theory and evidence. *American Economic Review* 84 (3): 600-21. 1994.
- Phillimore, P., Beattie, A. and Townsend, P. The widening gap. Inequality of health in northern England, 1981-1991. *British Medical Journal* 308: 1125-8. 1994.
- Platt, S. and Kreitman, N. Trends in parasuicide and unemployment

- among men in Edinburgh, 1968-82. *British Medical Journal* 289: 1029-32. 1984.
- Plomin, R. and Daniels, D. Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences* 10: 1-60. 1987.
- Power, C., Manor, O., Fox, A.J. and Fogelman, K. Health in childhood and social inequalities in young adults. *Journal of the Royal Statistical Society* (series A) 153: 17-28. 1990.
- Power, C., Manor, O. and Fox, J. *Health and class: the early years*. Chapman and Hall, London. 1991.
- Power, C. and Manor, O. Asthma, enuresis, and chronic illness - long term impact on height. *Archives of Diseases in Childhood* 73 (4): 298-304. 1995.
- Power, M. *The egalitarians - human and chimpanzee. An anthropological view of social organization*. Cambridge University Press, Cambridge. 1991.
- Preston, S.H. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies* 29: 231-48. 1975.
- Putnam, R.D., Tuning in, tuning out: the strange disappearance of social capital in America. *Political Science and Politics*. December: 664-83. 1995.
- Putnam, R.D., Leonardi, R. and Nanetti, R.Y. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press, Princeton, NJ. 1993.
- Radcliffe-Brown, A.R. *The Andaman Islanders*. Free Press, Glencoe, Ill. 1948.
- Rathbone, J. Character assassination. *New Statesman and Society*. 15 December 1995.
- Redpath, B. Family Expenditure Survey: a second study of differential response, comparing census characteristics of FES respondents and non-respondents. *Statistical News* 72: 13-16. 1986.
- Rodgers, G.B. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies* 33: 343-51. 1979.
- Rose, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 282: 1847-51. 1981.
- Rose, G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14: 32-8. 1985.
- Rose, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, Oxford. 1992.
- Rosengren, A., Orth-Gomer, K., Wedel, H. and Wilhelmsen, L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Medical Journal* 307: 1102-5. 1993.
- Ross, C.E. and Huber, J. Hardship and depression. *Journal of Health and Social Behaviour* 26: 312-27. 1985.
- Ross, L. The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. In: *Cognitive theories in social psychology*. Edited by L. Berkowitz. Academic Press, NY. 1978.
- Sahlins, M. *Stone Age Economics*. Tavistock, London. 1974.
- Sapolsky, R.M. Poverty's remains. *The Sciences* 31: 8-10. New York. 1991.

- Sapolsky, R.M. *Stress, the aging brain, and mechanisms of neuron death*. MIT Press, Cambridge, Mass. 1992.
- Sapolsky, R.M. Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons. *Recent Progress in Hormone Research* 48: 437-68. 1993.
- Sapolsky, R.M. *Why zebras don't get ulcers. A guide to stress, stress-related disease and coping*. W.H. Freeman, New York. 1994.
- Saunders, P. *Aiming high: meritocracy in Britain*. Institute of Economic Affairs, London. 1996.
- Sawyer, M. *Income distribution in OECD countries*. OECD Economic Outlook; Occasional Studies: 3-36. 1976.
- Schapera, I. *The Khoisan peoples of South Africa*. Routledge, London. 1930.
- Schwartz, R.D. and Orleans, S. On legal sanctions. *University of Chicago Law Review*, 34: 274-300. 1967.
- Schwartz, S. The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. *American Journal of Public Health* 84: 819-24. 1994.
- Schweinhart, L.J. and Weikart, D.P. Success by empowerment: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. *Young Children* 49: 54-8. 1993.
- Sen, A. Public action and the quality of life in developing countries. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 43: 287-319. 1981.
- Sennett, R. and Cobb, J. *The Hidden Injuries of Class*. Knopf, NY. 1973.
- Shannon, T. and Morgan, C. *The invisible crying tree*. Doubleday, London. 1996.
- Siegal, D. Errors in output deflators revisited: unit values and the producer price index. *Economic Inquiry* 32: 11-32. 1994.
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P. and Seidel, D. Low status control, high effort at work and ischaemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science and Medicine* 31: 1127-34. 1990.
- Simecka, M. *The restoration of order: the normalisation of Czechoslovakia*. Verso, London. 1984.
- Slater, C.H., Lorimor, R.J. and Lairson, D.R. The independent contributions of socioeconomic status and health practices to health status. *Preventive Medicine* 14: 372-78. 1985.
- Smith, D. Despairing middle class fearful about the future. *Sunday Times*, 26 June 1994.
- Stabler, B. and Underwood, L.E. (eds) *Slow grows the child: psychosocial aspects of growth delay*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey. 1986.
- Standing conference on crime prevention. Working Group on the costs of crime. Home Office. *Report of the working group on the costs of crime*. Home Office, London. 1988.
- Statistics Bureau, Japan. *Japan Statistical Yearbook*. Statistics Bureau, Management and Coordination Agency. 1990.
- Steckel, R.H. Height and per capita income. *Historical Methods* 16: 1-7. 1983.
- Steckel, R.H. Heights and health in the United States. In: *Stature, living*

- standards and economic development*. Edited by J. Komlos. University of Chicago Press, Chicago. 1994.
- Susser, M. The logic in ecological: I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health* 84: 825-9. 1994.
- Sweeting, H. and West, P. Family life and health in adolescence: a role for culture in health inequalities? *Social Science and Medicine* 40: 163-75. 1995.
- Syme, S.L. To prevent disease: the need for a new approach. In: *Health and social organization*. Edited by D. Blane, E. Brunner and R.G. Wilkinson. Routledge, London. 1996.
- Szreter, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. *Social History of Medicine* 1: 1-37. 1988.
- Tarkowska, E. and Tarkowski, J. Social disintegration in Poland: civil society or amoral familism? *Telos* 89: 103-9. 1991.
- Taylor, I. (ed.) *The social effects of free market policies*. Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire. 1990.
- Taylor, J.C., Norman, C.L., Griffiths, J.M., Anderson, H.R. and Ramsey, J.D. *Trends in deaths associated with abuse of volatile substances 1971-1991*. Dept. of Public Health Sciences and the Toxicology Unit, St George's Hospital Medical School, London. 1993.
- Tennant, C.C., Palmer, K.J., Langgeluddecke, P.M., Jones, M.P. and Nelson, G. Life event stress and myocardial infarction: a prospective study. *European Heart Journal* 15: 472-8. 1994.
- Timio, M., Verdecchia, P., Venanzi, S., Gentili, S., Ronconi, M., Francucci, B., Montanari, M. and Bichisao, E. Age and blood pressure changes: a 20-year follow up study in nuns in a secluded order. *Hypertension* 12: 457-61. 1988.
- Titmuss, R.M. War and social policy In: *Essays on the welfare state*. Edited by R.M. Titmuss. Unwin, London. 1958.
- Titmuss, R.M. *The gift relationship: from human blood to social policy*. Allen & Unwin, London. 1970.
- Townsend, P. *Poverty in the United Kingdom*. Penguin, Harmondsworth. 1979.
- Townsend P., Phillimore P. and Beattie, A. *Health and deprivation: inequality and the north*. Croom Helm, London. 1988.
- Ullah, P. The association between income, financial strain and psychological well-being among unemployed youths. *Journal of Occupational Psychology* 63: 317-30. 1990.
- UNICEF. *The Progress of Nations 1993*. UNICEF, New York. 1993.
- Uno, H., Tarara, R., Else, J.G., Suleman, M.A. and Sapolsky, R.M. Hippocampal damage associated with prolonged fatal stress in primates. *Journal of Neuroscience* 9: 1705-11. 1989.
- Vagero, D. and Lundberg, O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 2: 35-6. 1989.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., et al. Socioeconomic inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1996.
- Vogel, E.F. From friendship to comradeship: the change in personal relations in communist China. *China Quarterly* 21: 46-70. 1965.

- Wadsworth, M.E.J. Early stress and associations with adult health, behaviour and parenting. In: *Stress and disability in childhood*. Edited by R.N. Butler and B.D. Corner. Wright, Bristol. 1984.
- Wadsworth, M.E.J. Serious illness in childhood and its association with later-life achievement. In: *Class and health: research and longitudinal data*. Edited by R.G. Wilkinson. Tavistock, London. 1986.
- Wadsworth, M., Maclean M., Kuh, D. and Rodgers, B. Children of divorced and separated parents: summary and review of findings from a long-term follow-up study in the UK. *Family Practice* 7: 104-9. 1990.
- Waldmann, R.J. Income distribution and infant mortality. *Quarterly Journal of Economics* 107: 1283-302. 1992.
- Waldron, I., Nowotarski, M., Freimer, M., Henry, J.P., Post, N. and Witten, C. Cross-cultural variation in blood pressure: a quantitative analysis of the relationships of blood pressure to cultural characteristics, salt consumption and body weight. *Social Science and Medicine* 16: 419-30. 1982.
- Wardle, J. Cholesterol and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Research* 39: 549-62. 1995.
- Watson, P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science and Medicine* 41: 923-34. 1995.
- Wennemo, I. Infant mortality, public policy and inequality - a comparison of 18 industrialised countries 1950-85. *Sociology of Health and Illness* 15: 429-46. 1993.
- Wheaton, B. The sociogenesis of psychological disorder: an attributional theory. *Journal of Health and Social Behaviour* 21: 100-23. 1980.
- Whelan, C.T. *The role of income, life-style deprivation and financial strain in mediating the impact of unemployment on psychological distress: evidence from the Republic of Ireland*. Unpublished mimeograph from The Economic and Social Research Institute, Dublin. c. 1991.
- Whelan, C.T. The role of social support in mediating the psychological consequences of economic stress. *Sociology of Health and Illness* 15: 86-101. 1993.
- White, M. *Against unemployment*. Policy Studies Institute, London. 1991.
- Widdowson, E.M. Mental contentment and physical growth. *Lancet* June 16: 1316-18. 1951.
- Wilkinson, R.G. *Poverty and progress: an ecological model of economic development*. Methuen, London. 1973.
- Wilkinson, R.G. Income and mortality. In: *Class and health: research and longitudinal data*. Edited by R.G. Wilkinson. Tavistock, London. 1986.
- Wilkinson, R.G. Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981. *Journal of Social Policy* 18 (3): 307-35. 1989.
- Wilkinson, R.G. Income distribution and mortality: a 'natural' experiment. *Sociology of Health and Illness* 12: 391-411. 1990.
- Wilkinson, R.G. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304: 165-8. 1992.
- Wilkinson, R.G. The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus*. (Journal of The American Academy of Arts and Sciences). 123 (4): 61-77. 1994a.



- Wilkinson, R.G. Health, redistribution and growth. In: *Paying for inequality: the economic cost of social injustice*. Edited by A. Glyn and D. Miliband. Rivers Oram Press, London. 1994b.
- Wilkinson, R.G. *Unfair shares: the effects of widening income differentials on the welfare of the young*. Barnardos, Ilford. 1994c.
- Wilkinson, R.G. A reply to Ken Judge: mistaken criticisms ignore overwhelming evidence. *British Medical Journal* 311: 1285-7. 1995.
- Wilkinson, R.G. Health and comradeship: a hypothesis. In: *Environmental and non-environmental determinants of the East-West life expectancy gap in Europe*. Edited by C. Hertzman, S. Kelly and M. Bobak. Kluwer Academic, Amsterdam. 1996.
- Wilson, S.H. and Walker, G.M. Unemployment and health: a review. *Public Health* 107: 153-62. 1993.
- Winkelstein, M.L. and Feldman, H.L. Psychosocial predictors of consumption of sweets following smoking cessation. *Research in Nursing and Health* 16: 97-105. 1993.
- Winter, J.M. *The Great War and the British people*. Macmillan, London. 1985.
- Winter, J.M. Public health and the extension of life expectancy 1901-60. In: *The political economy of health and welfare*. Edited by M. Keynes. Cambridge University Press, Cambridge. 1988.
- Wnuk-Lipinski, E. and Illsley, R. Introduction. *Social Science and Medicine* 31: 833-6. 1990.
- Wolf, S. and Bruhn, J.G. *The power of clan; a 25-year prospective study of Roseto, Pennsylvania*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ. 1993.
- Wolf, W. Verzerrungen durch Antwortausfälle in der Konsumerhebung 1984. *Statistische Nachrichten*. OSTAT, Vienna 43 (11): 861-7. 1988.
- Woodburn, J. Egalitarian societies. *Man* 17: 431-51. 1982.
- Woodroffe, C., Glickman, M., Barker, B. and Power, C. (eds) *Children, teenagers and health*. Open University Press, Milton Keynes. 1993.
- World Bank. *The East Asian Miracle*. Oxford University Press, Oxford. 1993.

## المترجم فى سطور

- محمد منير صلاحى الأصبحى.

- من مواليد دمشق، سورية، ١٩٤١م.

### **\*\* المؤهل العلمى:**

- دكتوراه فى الفلسفة عام ١٩٧٣م.

- التخصص: اللغة الإنجليزية وآدابها: الأدب الإنجليزى والأمريكى الحديث.

- جامعة التخرج: جامعة بولنج جرين، أوهايو، الولايات المتحدة.

**\*\* الوظيفة الحالية:** أستاذ مشارك، إدارة الترجمة، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة.

### **\*\* الأنشطة العلمية:**

- العمل أستاذاً مساعداً وأستاذاً مشاركاً فى جامعة دمشق وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

- تأليف كتاب «الحقيقة والرواية».

- ترجمة عدد من الأعمال الأدبية فى مجلات «الأدب الأجنبية» والمعرفة والفيصل و (Resistance).

- ترجمة عدد من الكتب والكتيبات لحساب وزارة الثقافة السورية ووزارة الإعلام الكويتية ومنظمة الصحة العالمية وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ومعهد الإدارة العامة.

## مراجع الترجمة فى سطور

- محمد على محمد التركى.

- من مواليد القاهرة ١٩٤٥م.

### **\*\* المؤهل العلمى:**

- دكتوراه فى الصحة العامة (إدارة صحية) عام ١٩٨٠ من جامعة بتسبرج بالولايات المتحدة الأمريكية.

### **\*\* الأنشطة العلمية والعملية:**

- تدرج فى الوظائف العلمية بجامعة أسيوط (جمهورية مصر العربية) حتى حصل على درجة أستاذ فى ١٠/٢/١٩٩١م.

- اشترك فى الإشراف على العديد من رسائل الماجستير والدكتوراه بكلية الطب - جامعة أسيوط، وعمل فى مجال التدريس للمستوى الجامعى وطلبة الدراسات العليا.

- شغل وظيفة مدير عام المستشفيات الجامعية بجامعة أسيوط ثم مستشار رئيس الجامعة لشئون المستشفيات، وتمت إعارته للعمل بمعهد الإدارة العامة ثلاث مرات وله مساهمات فى مجال التدريب والبحوث والاستشارات بالمعهد.

- شارك فى العديد من المؤتمرات والحلقات العلمية فى المجال الصحى.

- نشر العديد من البحوث والأعمال العملية، وكانت آخر خمسة أعمال منها ممولة من هيئة «اليونيسف» بالقاهرة لدراسة الوضع الصحى للأمهات والأطفال بمنطقة صعيد مصر بأكملها.

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد الإدارة العامة،  
ولا يجوز اقتباس جزء من هذا الكتاب أو إعادة  
طبعه بأية صورة دون موافقة كتابية من المعهد  
إلا في حالات الاقتباس القصير بغرض النقد  
والتحليل، مع وجوب ذكر المصدر.



تم التصميم والإخراج الفنى والطباعة فى  
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٤هـ

## هذا الكتاب

إن المجتمعات التى تتمتع بأفضل صحة ليست أكثر المجتمعات ثراء، بل هى المجتمعات التى توجد فيها أقل اختلافات فى الدخل بين أغنيائها وفقرائها. فعدم المساواة والفقر النسبى لهما تأثير حاسم، فهما يرفعان معدل الوفيات. ولكن ما سبب ذلك؟ كيف يمكن للاختلافات الأقل فى الدخل أن ترفع متوسط العمر المتوقع؟

يقدم هذا الكتاب تفسيراً لذلك مستخدماً أمثلة من دول كثيرة وكمية كبيرة من الأدلة من العلوم الاجتماعية والطبية. إن المجتمعات الصحية التى تتمتع بالمساواة هى التى تتصف بأكبر قدر من التماسك الاجتماعى. وهى تنعم بحياة جماعية أقوى وتعانى عدداً أقل من التأثيرات المؤدية للانقسام والناجمة عن عدم المساواة. وتصبح الساحة العامة فى تلك المجتمعات مصدراً للدعم الاجتماعى بدلاً من أن تكون مصدراً للهموم والنزاع.

وعدم المساواة لا يضعف النسيج الاجتماعى ويدمر الصحة فحسب، بل أيضاً يزيد من معدلات الجريمة والعنف. ويبين هذا الكتاب أن التماسك الاجتماعى أمر حاسم بالنسبة لجودة الحياة، فتفاقم التفاوت يلقى عبئاً نفسياً يقلل من سعادة المجتمع بأكمله. ويبين نمط الأمراض الحديثة أن المستوى المادى للمعيشة فى البلاد المتقدمة لم يعد هو الموضوع الرئيسى. فالمشكلة الآن هى الجودة الاجتماعية النفسية للحياة، إذ بدونها تهمل احتياجات اجتماعية مهمة، ومن ثم تتعرض الصحة للأذى.

ردمك : ٨ - ١٠٩ - ١٤ - ٩٩٦٠